

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 mars 1901, à 1 heure

Par D. HENRIOT

Né à Corte (Corse) le 20 septembre 1875

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien interne des Ambulances Urbaines de la ville de Paris

DE LA

CONDUITE A TENIR

EN CAS DE FŒTUS MORT PENDANT LA GROSSESSE

« Tam misera ac cerumtosa generis humani
conditio est, ut intra carceres uterinos adhuc
conclusi foetus, innumeris malis crucientur. »

FRÉD. HOFFMANN.

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. BOUILLY, professeur.
CHARRIN et VAQUEZ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

258

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 mars 1901, à 1 heure

Par D. HENRIOT

Né à Corte (Corse) le 20 septembre 1875

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien interne des Ambulances Urbaines de la ville de Paris

DE LA

CONDUITE A TENIR

EN CAS DE FŒTUS MORT PENDANT LA GROSSESSE

« Tam misera ac œrumosa generis humani
conditio est, ut intra carceres uterinos adhuc
conclusi foetus, innumeris malis crucientur. »

FRÉD. HOFFMANN.

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. BOUILLY, professeur.
CHARRIN et VAQUEZ, agrégés.*

*Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pat ologie médicale.	}	DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		BRISSAUD.	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.	}	POTAIN.	
		JACCOUD.	
Maladie des enfants.		HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux.		JOFFROY.	
	}	FOURNIER.	
Clinique chirurgicale.		RAYMOND.	
		BERGER.	
Clinique ophthalmologique.		DUPLAY.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		LE DENTU	
Clinique d'accouchements.		TILLAUX.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CEAIREN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CRASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELSET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE D. POCHON

Témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA MÈRE

A MES TANTES

A MON FRÈRE

A MON MEILLEUR AMI

LE DOCTEUR JEAN SANTELLI

MEIS ET AMICIS

CONDUITE A TENIR
EN CAS DE FIEVRE
DANS LA GROSSESSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA

CONDUITE A TENIR

EN CAS DE FŒTUS MORT

PENDANT LA GROSSESSE

Avant de présenter ce modeste travail de fin d'études, il nous est agréable d'exprimer notre profonde gratitude, à tous nos maîtres, qui, pendant nos années d'étudiant, n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils et leurs encouragements.

Nous saluons d'abord respectueusement la mémoire de notre premier maître le docteur Hanot ; nous nous honorons d'avoir pu suivre son service pendant de longs mois et nous n'oublierons jamais les précieux enseignements qu'il nous donna au début de nos études de médecine.

Le docteur Blum nous apprit le premier les attrait de la chirurgie ; nous le remercions de ses bons conseils et de la bienveillance qu'il nous témoigna pendant l'année passée dans son service en qualité de stagiaire.

Le docteur Mauriaë nous fit l'honneur de nous accepter comme externe dans son service ; nous mettrons à

profit les nombreuses leçons reçues dans ce vieil hôpital Ricord et nous garderons de ce bon maître un précieux souvenir.

Nous eûmes le grand avantage d'être attaché au service du Dr Perier à l'hôpital de Lariboisière ; c'est pour nous un devoir de témoigner ici notre reconnaissance à ce cher maître qui nous donna bien souvent les preuves d'une bienveillante affection.

Nous avons été heureux de pouvoir devenir l'externe du Dr Boissard à la Maternité de l'hôpital Tenon. Nous nous rappellerons de l'intérêt tout particulier qu'il nous témoigna durant l'année passée dans son service et des sages conseils qu'il nous donna dans l'enseignement de cet art si délicat des Accouchements. A lui revient l'honneur de nous avoir suggéré l'idée de notre thèse inaugurale ; nous lui en adressons nos sincères remerciements.

Nous remercions également les Drs Potherat, Chaput, Rochard, Tuffier, dont nous avons été le stagiaire et l'externe.

En différentes circonstances, le Dr Ménétrier dont nous nous réjouissons d'avoir été l'élève, nous a prodigué sa bienveillante sollicitude ; nous lui adressons le témoignage de notre grande reconnaissance.

Le Dr Maygrier a bien voulu nous permettre l'accès de sa Maternité à l'hôpital de la Charité, afin de nous faciliter les recherches au sujet de notre thèse : nous sommes heureux de pouvoir le remercier.

Nous remercions aussi notre ami Jeannin interne des

hôpitaux, de nous avoir aidé de ses conseils au cours de ce modeste travail.

M. le professeur Badin, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'expression de notre bien vive gratitude.

INTRODUCTION

De toutes les époques qui se partagent l'existence de l'homme, une des plus importantes est celle de sa formation et de son développement. A peine le germe humain a-t-il reçu le principe de la vie que la lutte s'engage entre cette organisation naissante et les innombrables chances de destruction qui la menacent. Dans ce combat périlleux se trouve souvent compromise l'existence si précaire du produit de conception dans le sein maternel. Malgré la protection que lui donne la nature et le petit nombre de phénomènes organiques qui le régissent, l'état de condition complexe où il se trouve l'expose à des maladies nombreuses et lui fait bien souvent trouver la mort avant son entier développement.

Tous les anciens auteurs avaient été frappés par cette fin prématurée du fœtus survenant dans le cours d'une grossesse normale, et, dans l'ignorance de la cause véritable de ce phénomène, avaient émis des théories où les hypothèses les plus extraordinaires ne répondaient guère à l'exactitude des faits observés. On la considéra pendant longtemps comme une complication effrayante de la grossesse et ce fut seulement au commencement du XIX^e siècle que put être faite la part d'exagération et de con-

fusion qui avait régné dans l'esprit des premiers observateurs. Mauriceau et surtout Paul Dubois surent en effet donner à la mort du fœtus ses véritables caractères, et démontrèrent que le fait capital de son innocuité habituelle réside dans l'intégrité des membranes de l'œuf qui forment une barrière naturelle entre le monde extérieur et le contenu de l'utérus. La rupture prématurée des membranes permet la pénétration de l'air, et expose l'œuf et le fœtus aux dangers de la putréfaction et autres phénomènes de fermentation. Grâce aux données de la physiologie expérimentale et des observations cliniques, nous possédons aujourd'hui des notions bien plus précises sur l'étiologie, la marche et l'évolution de la mort intra-utérine.

De nombreux travaux ont été faits sur ce point et tous les accoucheurs s'accordent actuellement à dire, que la présence d'un fœtus mort dans l'utérus d'une femme, étant un accident peu redoutable, l'expectation simple doit être la seule conduite à tenir par l'accoucheur, tant que persiste l'intégrité des membranes de l'œuf. Ils condamnent toute tentative d'extraction prématurée, préférant laisser uniquement à la nature le soin d'accomplir son œuvre dans un espace de temps qui peut quelquefois prolonger la durée d'une grossesse normale. Cet avis dont nous ne saurions mettre en doute la sagesse et la prudence, est assurément la plus grande garantie donnée à la femme, sur laquelle, à la suite d'une regrettable erreur de diagnostic, on aurait pu pratiquer l'extraction hâtive d'un enfant vivant. Il répond également à la pensée des auteurs, qui, convaincus du rôle important joué par les

membranes dans le cas de fœtus mort, ne formulent aucune crainte sur le sort de l'accouchement, si elles sont restées intactes jusqu'au moment du travail. Des observations récentes ont cependant démontré que, même en l'absence de ruptures de membranes, la femme qui porte dans son sein un fœtus mort et macéré n'est pas absolument à l'abri des accidents d'infection, étant donné surtout que le liquide amniotique souillé par le méconium et porteur de débris épithéliaux, devient un terrain très favorable pour la pullulation des germes qui peuvent y pénétrer.

Une autre raison de l'abstention systématique jusqu'à nos jours était l'absence d'une instrumentation suffisante pour produire rapidement et à coup sûr l'expulsion du fœtus mort.

Confiant dans les nouveaux procédés d'intervention et surtout frappé des observations concernant les cas d'infection avec membranes intactes, notre maître, le Dr Boissard, donna le premier l'idée de ne pas faire prolonger outre mesure une grossesse au cours de laquelle la présence d'un enfant mort aurait été nettement constatée (1). Il apporta avec les raisons scientifiques, favorables à une intervention hâtive, le résultat de ses observations sur trois femmes qu'il avait prématurément accouchées d'enfants morts et macérés, à l'hôpital de la Maternité. Cette ligne de conduite, marquée d'heureux succès, fut celle qu'il adopta plus tard à la Maternité de l'hôpital Tenon. C'est dans ce dernier hôpital que nous eûmes l'honneur de suivre ses intéressantes leçons, et de reconnaître la

1. *Semaine médicale*. Année 1897, n° 43.

sûreté de diagnostic ainsi que l'habileté d'opération qui le guidait dans ces interventions.

Notre intention est de reprendre après lui ce sujet si important. Nous indiquerons brièvement dans un premier chapitre les différentes causes qui peuvent entraîner la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Nous insisterons particulièrement sur les signes de certitude de la léthalité fœtale ; et, après avoir indiqué les diverses complications qui pourraient surprendre soit la grossesse, soit l'accouchement ou la délivrance survenant naturellement dans ces conditions, nous nous demanderons si des raisons sociales et surtout pathologiques n'autoriseraient pas à aller le plus souvent possible, et à l'aide des procédés les plus sûrs, à la recherche du corps étranger. Il serait alors permis à l'accoucheur de donner plus tôt à la femme la tranquillité qu'elle réclame et de dissiper ses soucis sur la complication dont elle se sait atteinte.

ÉTIOLOGIE

On peut dire que pendant la vie intra-utérine, l'être humain est exposé plus qu'il ne le sera jamais à aucune autre époque de son existence; presque toutes les divisions du cadre nosologique semblent lui fournir des éléments de destruction. Affections viscérales, cutanées, épidermiques, rien ne lui est inconnu aux premiers jours de la vie, et à une période plus avancée, l'hydrothorax, l'ascite l'hydro-céphalie, les lésions pulmonaires, la péritonite peuvent être facilement la cause de sa mort.

En temps d'épidémies, on assiste souvent à la mort de l'enfant dans le sein maternel, avant même que la mère ait elle-même payé son tribut à la maladie infectieuse ou à la fièvre éruptive. Toutes les affections aiguës qui touchent la femme, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et surtout la variole, le choléra, toute haute élévation de température due à l'insolation ou à d'autres causes morbides sont autant de dangers de mort pour l'enfant qu'elle porte. Il en est de même de toutes les maladies chroniques dont elle pourrait être atteinte, telles que : affection du foie fièvre intermittente, phthisie pulmonaire, affections rénales, et par dessus tout, la syphilis constitutionnelle. Mauriceau avait déjà entrevu cette dernière cause, mais c'est

surtout à Dubois et à M. le professeur Fournier que revient l'honneur de l'avoir nettement affirmée et d'avoir démontré qu'elle est la plus fréquente de toutes les causes susceptibles d'entraîner la mort du fœtus. Point n'est besoin, pour le sort de l'enfant, que l'organisme maternel ait été envahi par la syphilis avant la fécondation; il peut le devenir au cours des neuf mois de la grossesse et ne donner alors au fœtus que des matériaux insuffisants à son développement, ou lui communiquer directement la maladie qui sera la plupart du temps mortelle.

Certains fœtus ne peuvent arriver vivants au terme de la grossesse, par suite de leur faible constitution, de vices de conformation ou de la présence d'autres éléments vivants dans la cavité utérine.

Il arrive aussi que le fœtus trouve souvent dans la source de la vie, la source même de sa mort. Les éléments qui lui ont donné naissance peuvent lui communiquer le germe de certaines affections morbides qui vont troubler son existence intra-utérine et quelquefois s'opposer à son entier développement. Le principal organe de nutrition et d'hématose, le placenta qu'on a si justement appelé poumon physiologique du fœtus, influe puissamment sur la santé et la vie du produit. Grâce aux travaux de Cruvelhier, P. Dubois, Jacquemier, sur l'anatomie pathologique, de Coste et Robin sur l'Embryogénie et la micrographie, on est parvenu à interpréter facilement la plupart des altérations placentaires et par suite bien des causes de la mort du fœtus. Les expériences de Chamberlent ont en outre montré que les bacilles du charbon, de l'erysipèle, de la tuberculose, pouvaient passer à tra-

vers le filtre placentaire et aller se localiser dans l'organisme fœtal.

Les altérations fréquentes du chorion et de l'amnios comptent aussi quelquefois comme causes de mort du fœtus. Le cordon ombilical par son atrophie, l'oblitération complète ou incomplète de ses vaisseaux, sa torsion, l'obstacle apporté au cours du sang par un caillot formé dans sa gaine, sa brièveté enfin, peut également apporter des entraves à la vie du fœtus. Certains états morbides, comme la congestion permanente de l'utérus ainsi que son irritabilité et sa sensibilité excessives, peuvent aussi trouver place, comme causes déterminantes de la léthalité fœtale.

D'autres causes viennent attaquer du dehors la vitalité du fœtus. Les unes agissent localement à travers les parois de l'abdomen ; ce sont les coups, chocs, contusions, qui peuvent tuer directement l'enfant à travers son enveloppe protectrice, ou déterminer une congestion locale qui suscite une hémorrhagie soit externe, soit interne, mais de toute façon mortelle. Les autres ne compromettent le produit que médiatement après avoir plus ou moins ébranlé l'organisme maternel. Ce sont : les habitations malsaines, le voisinage des marais, les intoxications diverses : plomb, alcool, albuminurie, oxyde de carbone, etc...

La mère n'est pas toujours seule coupable de la mort de son enfant. Le père qu'on regardait autrefois comme étranger à cette fin prématurée du produit de la conception, est considéré aujourd'hui comme aussi responsable. On conçoit facilement que très jeune ou très vieux, usé par

les vices et les débauches, il ne puisse donner bien souvent à l'être émané de lui, qu'un principe vital éphémère. L'héritage sera bien plus funeste et se fera d'autant plus sentir toutes les fois qu'il sera atteint d'affections organiques graves, au nombre desquelles la syphilis constitutionnelle occupe une place prépondérante. On trouve ainsi maintes fois, l'explication des plaintes adressées par les femmes d'une santé parfaite qui regrettent de ne pouvoir conduire à terme aucune de leurs grossesses.

Mais « à côté de toutes les causes connues de la léthalité fœtale, dit Bailly, il en est de mystérieuses que des recherches ultérieures parviendront un jour à préciser. Un certain nombre de femmes jeunes et d'une bonne santé, unies à des hommes sains et vigoureux, accouchent invariablement d'enfants morts, dans une période avancée de la grossesse, et quelquefois près de son temps normal. Les ouvrages de Cazeaux et de Jacquemier mentionnent des cas de ce genre qui se sont renouvelés jusqu'à 13 fois chez la même femme. Dubois, Tarnier et moi-même avons observé de ces cas de mort habituelle du fœtus qui sont restés jusqu'ici inexplicables ».

Il est exact, en effet, que la connaissance de la nature de l'agent léthifère manque quelquefois de précision scientifique. Cette obscurité est d'autant plus grande, que les plus récentes recherches tendent à prouver que le placenta ne doit plus être considéré comme un filtre s'opposant parfaitement au passage des éléments toxiques. Dans pareils cas, et dans tous ceux où la véritable raison de la mort nous échappe, nous sommes obligés de la rattacher avec Naegelé à un état particulier de la femme.

DIAGNOSTIC

La connaissance de la vie ou de la mort du fœtus, a une grande importance pour le médecin, soit qu'une mère alarmée pour la vie de l'enfant qu'elle porte dans son sein demande de décider cette grave question de vie ou de mort, soit qu'il s'agisse de prendre une détermination sur le mode de terminaison de l'accouchement. Ce diagnostic est d'autant plus important que les accoucheurs éprouvent parfois une certaine hésitation à se prononcer : non pas qu'on puisse facilement prendre un fœtus mort pour un fœtus vivant, mais par ce qu'un fœtus peut être vivant sans que les signes de son existence puissent être constatés par les moyens ordinaires de l'exploration.

Il est impossible de se prononcer sur la mort du fœtus avant les 5 premiers mois de la grossesse et le diagnostic peut être d'autant plus compliqué qu'il s'accroît de la difficulté qu'on rencontre parfois, pour déterminer l'âge exact de la période de gestation. La persistance des règles chez une femme enceinte, une aménorrhée habituelle, la mauvaise interprétation des phénomènes maternels et très souvent aussi la mauvaise foi de certaines femmes qui exagèrent ou traduisent faussement les sensations qu'elles éprouvent, peuvent être autant de causes d'erreur pour

le médecin. C'est dans ces cas et surtout pendant les 6 premiers mois de la grossesse, qu'il convient d'être très circonspect. « La timidité, dit Mauriceau, est alors plus pardonnable que la témérité, c'est-à-dire qu'il vaut mieux se tromper en traitant comme vivant l'enfant mort, que de traiter comme mort celui qui ne l'est pas ».

A une époque plus avancée de la grossesse, nous possédons des signes nettement caractérisés qui permettent de s'assurer de la mort du fœtus. Avant de les décrire, nous indiquerons d'abord sous le nom de signes maternels ou subjectifs, les phénomènes généraux et locaux qui se passent du côté de la mère, puis, sous le nom de signes objectifs, les phénomènes perçus par l'accoucheur lui-même.

A. — *Signes maternels ou subjectifs. — Phénomènes généraux.* Sitôt après la mort du fœtus, on assiste chez la femme à la disparition progressive des phénomènes sympathiques de la grossesse. Les seins sont souvent le siège de modifications : ils se gonflent, s'affaiblissent ensuite et laissent s'écouler une certaine quantité de sérosité lactescente. Les mamelles, étant une dépendance des organes générateurs, il est juste qu'elles subissent une influence directe au moment de la mort du fœtus. Ce fait, qui n'avait pas échappé à l'observation des anciens, avait fait dire à Hippocrate « une femme dont le sein s'affaisse, avorte ». « Quand le fœtus est mort, dit A. Dubois, l'accouchement est fait pour la nature et elle prépare le lait comme si l'enfant était né ». D'après P. Dubois, ces phénomènes manquent souvent ou sont très incomplets ; parfois les seins s'affaiblissent légèrement et laissent sortir à

peine quelques gouttes de lait ; parfois aussi la montée laiteuse manque totalement. La décoloration de l'aréole et la diminution de la saillie des tubercules, a été signalée par quelques auteurs, dans le cas de rétention un peu longue du fœtus mort dans l'utérus.

La santé générale de la femme qui porte un enfant mort peut être sérieusement atteinte au cours de la grossesse ; divers troubles peuvent la surprendre et être même la cause d'une terminaison fatale. Ces cas sont heureusement les plus rares et habituellement les phénomènes observés sont loin de ressembler à l'effrayant aspect clinique décrit par les anciens. L'erreur des premiers observateurs se rattache, non pas à l'exagération des symptômes cités, mais plutôt à la fâcheuse interprétation de ces mêmes phénomènes. Ils ont en effet bien souvent pris l'effet pour la cause en attribuant au fœtus les divers troubles observés du côté de la mère, lorsque ces derniers n'étaient que l'expression d'un état morbide primitif. La vérité est que des phénomènes généraux aussi inquiétants que ceux décrits par Ambroise Paré, s'observent surtout avec la putréfaction fœtale, après la rupture des membranes de l'œuf ; on les rencontre aussi quelquefois lorsque les membranes ont laissé passer les éléments toxiques contenus dans le liquide amniotique, surtout si la mort du fœtus coexiste avec celle du placenta.

Il faut dire cependant qu'à côté de ces cas particulièrement graves, il en existe d'autres où rien d'anormal ne se produit dans la santé de la mère, soit au cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement. « On voit des femmes, dit Cazeaux, porter plusieurs mois un fœtus

mort sans s'en douter et quelquefois même s'applaudir de l'amélioration survenue dans leur état général, grâce à la disparition subite des troubles sympathiques de la gestation ».

Pour expliquer la variabilité de ces phénomènes, il faudrait non seulement pouvoir déterminer la cause de la mort du fœtus, mais aussi chercher à reconnaître si la mort de l'œuf et celle du produit, sont des phénomènes successifs ou simultanés.

Phénomènes locaux. — Après la mort du fœtus, l'utérus cesse de se développer ; il s'affaisse et diminue de volume. Le liquide amniotique n'est plus secrété, il peut même se résorber : l'utérus auquel sont collées les membranes se trouve alors directement appliqué sur le fœtus. Il y a des femmes cependant chez lesquelles l'utérus ne change pas de volume ; le placenta dans ce cas, a continué son développement normal, bien que le fœtus ait cessé de vivre dans les premiers mois de la grossesse. D'autres sont frappées de syphilis et présentent de l'hydramios, lequel augmente tous les jours, indépendamment de la mort du fœtus.

On cite encore au nombre des phénomènes locaux : l'atténuation ou la disparition de certains signes de la grossesse tels que varices (Budin, Rivet), albuminurie, ramollissement du col. Guiseppi a constaté chez beaucoup de femmes, l'acétonurie, qu'il attribue à la destruction des matériaux albuminoïdes.

Un signe maternel important consiste dans la disparition des mouvements actifs du fœtus ; les femmes l'accusent bien en disant que depuis un certain temps elles « ne

sentent plus remuer ». Au moment de la mort, en effet, les mouvements actifs peuvent disparaître totalement après avoir été faibles pendant quelque temps ou séparés par des intervalles plus longs ; d'autres fois, ils cessent après avoir été violents ou tumultueux. Diverses causes d'erreur peuvent cependant tromper la mère sur l'interprétation des mouvements qu'elle accuse ou dont elle constate la disparition. Certaines femmes, en effet prétendent sentir remuer, lorsque depuis quelque temps déjà l'enfant qu'elles portent a cessé de vivre. C'est une fausse analyse de leurs sensations qui leur fait attribuer aux mouvements actifs du fœtus, le déplacement en masse de l'utérus qui se produit habituellement dans ces cas. Cette sensation est due, d'après Tarnier, à la chute du globe utérin tout entier, qui, n'étant plus turgescent comme il l'est dans le cours régulier de la grossesse, forme, après la mort du fœtus, une masse inerte qui obéit aux lois de la pesanteur.

Mauriceau a rapporté quelques exemples où les femmes avaient pris pour les mouvements actifs d'un fœtus qui n'existait pas, ceux produits par les mûles hydatiformes. Ces mouvements, quoique très rarement constatés, consistent plutôt en tressaillement convulsifs, causés par l'irritation du corps étranger que contient l'utérus.

A une époque rapprochée de la fin de la grossesse, on observe souvent en cas de fœtus mort, des contractions fréquentes de l'utérus ; elles paraissent même plus fréquentes que dans une grossesse normale. Ces contractions ressemblent aux mouvements actifs du fœtus et les femmes qui les éprouvent les confondent facilement avec ces der-

niers ; elles ont pour effet de préparer les modifications que doit subir l'utérus, pour l'expulsion du fœtus.

D'autres causes d'erreur peuvent apparaître dans l'ordre inverse, c'est-à-dire qu'une femme enceinte d'un enfant bien vivant, peut ne jamais percevoir de mouvements actifs. Smellie rapporte un cas dans lequel le fœtus n'avait pas exécuté un seul mouvement au cours de la grossesse, et cependant la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. Beaucoup d'accoucheurs ont observé des cas analogues, et l'on conçoit que le diagnostic dans ces conditions présente quelque difficulté.

Le médecin avisé de toutes ces causes d'erreur s'assurera par lui-même de la confiance à accorder à tous ces phénomènes maternels et particulièrement aux mouvements actifs que la femme avouera avoir perçus ou non. Le palper, le toucher et l'auscultation, lui seront alors d'une très grande utilité.

B. — *Signes perçus par l'accoucheur ou signes objectifs.* — Le simple palper fait au moyen de la main à travers la paroi abdominale, pourra mettre souvent sur la voie du diagnostic d'enfant mort. Les sensations recueillies peuvent être assez nombreuses au début de la grossesse, mais elles deviennent confuses au fur et à mesure, qu'elle approche du terme ; il arrive même que la main est incapable de limiter l'utérus devenu flasque et mou et de reconnaître les parties fœtales. M. Pinard (1) a bien décrit les merveilleuses ressources qu'on peut tirer de ce moyen d'investigation appliqué au dia-

(1) Pinard, *Traité du palper abdominal*, Paris 1889.

gnostic d'enfant mort, surtout dans la 2^e moitié de la grossesse. L'utérus étant superficiel, on peut facilement apprécier sa forme et sa résistance : il peut présenter des conditions de mollesse, d'élasticité ou de contraction permanente ou intermittente. L'exploration du fœtus est aussi intéressante, car elle peut renseigner sur les modifications survenues dans sa forme et dans l'état de résistance de ses tissus. La sensation des parties fœtales devient en effet moins nette avec les progrès de la macération; les tissus se ramollissent et l'ovoïde fœtal fait place à une masse informe et inerte.

L'auscultation est un moyen précieux d'exploration, grâce aux nombreux renseignements qu'elle fournit sur les phénomènes vivants qui se passent dans la cavité-utérine. Utilisée dans une grossesse normale ayant dépassé le 5^e mois, elle permet de reconnaître l'existence du fœtus, en transmettant à l'oreille du médecin, les mouvements actifs du fœtus et les bruits du cœur fœtal.

Les mouvements actifs sont des sensations de choc ou de bruit brusque qui se produisent sous la pression du stéthoscope appliqué sur l'utérus. Ce bruit a été comparé par Tarnier à celui produit par la pulpe du doigt frappant sur une étoffe tendue et par M. Pinard au bruit produit en frappant avec le doigt une main appliquée sur l'oreille. Il est dû à des mouvements partiels du fœtus ou à son déplacement total. Ce sont des mouvements irréguliers, intermittents, discontinus, et pouvant du fait de leur absence prolongée, être la cause d'une erreur de diagnostic.

La reconnaissance des bruits du cœur fœtal est beau-

coup plus importante pour le diagnostic. Ce sont des bruits continus, permanents, leur fréquence et leur intensité permet de les distinguer assez facilement. Leur absence à une époque où ils devraient être perçus, c'est-à-dire après le 5^e mois, pourra faire songer à la possibilité de la mort du fœtus ; le médecin prudent se gardera bien cependant d'affirmer son diagnostic, car de nombreuses causes d'erreur peuvent se grouper autour de ce seul signe.

L'abondance du liquide amniotique, la plethore de la femme, la faiblesse du produit, sa compression par les contractions de l'utérus, sont autant de circonstances défavorables à l'examen d'une femme enceinte et peuvent voiler à l'observateur, les signes d'existence du fœtus. On peut quelquefois confondre les bruits fœtaux avec les bruits maternels. La fièvre, certaines émotions morales, les cardiopathies et particulièrement les affections mitrales et aortiques, peuvent accélérer la circulation maternelle au point que les pulsations de la mère deviennent aussi fréquentes que les battements du cœur fœtal. Aussi, pour éviter de les confondre, est-il toujours nécessaire au moment de l'auscultation fœtale, de prendre avec l'index, le pouls radial de la mère et d'en compter les pulsations.

L'auscultation peut quelquefois transmettre certains bruits de souffle que la persistance de la circulation placentaire permet encore d'entendre après la mort du produit, on ne sera pas tenté d'attribuer ce bruit au fœtus, car comme le dit Gazeaux « il n'a pas grande importance et reste complètement étranger à l'état de vie ou de mort du fœtus ».

Si l'on vient à examiner la femme au moment du travail, deux autres signes peuvent aussi faire songer à la mort du fœtus : la coloration verdâtre et la coloration rosée du liquide amniotique. En voyant les eaux verdies par le méconium, la première pensée est que l'enfant a souffert ou souffre actuellement. Velpeau (1) prétend « que dans tout autre présentation que celle des fesses, la sortie du méconium doit donner de grandes craintes ». Ce signe assez vague, voit cependant sa valeur augmentée, si le liquide amniotique se trouve coloré en rose ; ce n'est plus alors un indice de souffrance, c'est un signe de mort.

Le toucher fournira, lui aussi, son contingent de lumière. Si le cordon ne bat plus sous le doigt qui l'explore, s'il est mou, flétri, des craintes sérieuses pourront être fondées pour la vie de l'enfant. L'absence de tumeur sanguine sur le crâne, si le sommet se présente, la mobilité et le plissement du cuir chevelu, doivent inspirer de fortes présomptions pour la mort du fœtus. Il en sera de même de la mollesse excessive des lèvres, de la mobilité de la langue dans la présentation de la face, du défaut de contractions du sphincter dans celle de l'extrémité pelvienne. S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, le bras pendant à l'extérieur, la coloration violette du membre, son gonflement permettent de présumer que l'enfant vit ; les caractères opposés, mais surtout l'enlèvement de l'épiderme par simple contact, permettent d'indiquer qu'il a cessé d'exister.

Tous ces phénomènes objectifs constatés par l'accou-

1. Velpeau. *Traité d'Acc.* 1835.

cheur, servent bien plus au diagnostic que les signes fournis ou accusés par la mère, lesquels sont trop souvent entourés de causes d'erreurs. Ils ne suffisent pas cependant pour renseigner exactement sur la mort du produit de conception. Ce sont, dirons-nous, des signes de présomption : mais à côté d'eux s'en trouvent d'autres dont la simple constatation permet d'affirmer la mort et quelquefois la macération du fœtus. Ces signes sont au nombre de quatre et ont été dénommés avec raison par M. Boissard, les signes de certitude de la mort du fœtus.

C. — *Signes de certitude.* — Ils consistent dans :

1° la non-perception ou plutôt la disparition des bruits du cœur fœtal antérieurement constatés.

2° la constatation directe par le toucher intra-utérin à travers les membranes intactes, du corps fœtal privé de mouvements.

3° la crépitation osseuse.

4° l'odeur produite par la putréfaction, quand il y a rétention de fœtus mort avec ouverture de l'œuf.

Ces trois derniers s'observent surtout aux derniers moments de la grossesse.

La putréfaction est le résultat de la rupture des membranes et de la pénétration dans l'œuf de l'air atmosphérique. Sous l'influence de l'air, de la chaleur et de l'humidité, la décomposition du fœtus se fait vite ; il se produit de l'emphysème du tissu cellulaire qui, augmentant le volume des parties qu'il envahit, peut créer une véritable dystocie. Par les organes génitaux s'écoulent des liquides qui ne tardent pas à prendre une odeur infecte. Sous l'influence des gaz dus à la putréfaction

foétale, l'utérus se laisse distendre et donne à la percussion un ton sonore et tympanique (physométrie). Il éclate en même temps chez la femme des phénomènes généraux : la fièvre s'allume, accompagnée de frissons plus ou moins répétés, les traits se tirent, l'haleine est fétide, la langue sèche et si une heureuse intervention ne vient pas à améliorer la situation, les symptômes d'infection purulente ou putride ne tardent pas à prendre un caractère d'extrême gravité.

Un autre signe important de la mort du fœtus est celui que permet d'obtenir le toucher intra-utérin. Si dans le cours de l'examen, on peut introduire le doigt dans le canal cervical, on arrivera à sentir, à travers les membranes, le ballottement fœtal, auquel le doigt imprimera des mouvements passifs sans jamais percevoir de mouvements actifs. Cet examen sera fait sans violence et dans l'intervalle des contractions utérines ; il atteindra sa plus grande valeur clinique chez un multipare, surtout à partir du 7^{me} mois de la grossesse.

La crépitation osseuse (ou signe de Negri) peut également servir à trancher quelquefois cette importante question de vie ou de mort du fœtus. C'est un signe que l'on peut obtenir par le palper et le toucher, mais il faut que la tête soit facilement accessible. C'est une sorte de bruit de claquement, de froissement sec et qui est dû au chevauchement des os du crâne, mobiles les uns sur les autres. On le rencontre exclusivement lorsque la mort du fœtus remonte à plus de 15 à 20 jours, au cours d'une grossesse d'au moins 7 mois. Il sera facile de distinguer cette crépitation osseuse de la crépitation gazeuse produite par

l'emphysème sous-cutané, ayant succédé à une plaie pénétrante de l'abdomen. Certaines péritonites produisent une sensation spéciale de crépitation, mais les phénomènes généraux qui escortent habituellement les lésions du péritoine, ne laisseront aucun doute sur la nature de l'affection.

Avec l'un des trois signes que nous venons d'indiquer, le diagnostic d'enfant mort et macéré ne présenterait pas de grande difficulté, mais il est regrettable qu'on ne puisse pas toujours les percevoir. Nous avons vu les conditions spéciales au ballotement fœtal obtenues par le toucher intra-cervical. La putréfaction est surtout un signe de rupture de membranes, avec rétention fœtale ou placentaire. Quant à la crépitation osseuse, c'est un phénomène inconstant et fugace, qui n'apparaît qu'une seule fois au cours d'un examen de longue durée; une longue rétention fœtale est nécessaire pour le rendre sensible, et encore faut-il que la macération n'ait pas atteint le degré où, ayant réduit les os en bouillie, elle ne permet plus aux os de produire le frottement caractéristique.

Reste alors le quatrième signe de certitude que nous n'avons fait que nommer et, auquel nous n'hésitons pas à attacher une valeur absolue.

Il consiste dans la « disparition » des bruits du cœur fœtal. Quelques explications nous paraissent nécessaires pour établir la différence capitale qui existe entre ce grand signe de certitude et celui moins important de la « non perception » des bruits du cœur. Il peut arriver, en effet, que l'accoucheur expérimenté se méprenne sur l'âge réel d'une grossesse, en raison des nombreuses

causes d'erreurs pouvant se glisser au milieu de l'examen le plus minutieux. Sous l'influence de je ne sais quelles criminelles considérations, et grâce aussi bien souvent à une mauvaise observation des phénomènes qui se sont produits chez elle, la femme enceinte donne à l'accoucheur qui l'interroge, des renseignements de nature quelquefois fort douteuse. Le médecin qui ne s'est point méfié de la mauvaise foi des unes, ou du tempérament hystérique de certains autres, peut être alors amené à donner à la grossesse qu'il examine, un âge bien plus avancé qu'elle ne possède réellement. Dans ces conditions, la non perception des bruits du cœur fœtal, qui ne devrait être qu'un signe de présomption de la mort du produit, pourrait être facilement pris pour un signe de certitude. Chez d'autres femmes, le ventre peut être particulièrement sensible à la palpation et rendre l'auscultation très difficile ; la cause d'erreur est alors trop manifeste pour ne pas y songer. Il en est de même des cas de grossesse gémellaire, d'hydramnios ou de simple pléthore ; dans ces conditions, la non perception des bruits du cœur, n'a qu'une importance relative et ne permet pas de conclure à la mort du fœtus.

Tout autre sera la conviction de l'accoucheur lorsqu'après quelques examens antérieurs au cours desquels, les preuves de l'existence de l'enfant lui auront été nettement révélées, il s'apercevra un jour de la disparition des bruits du cœur fœtal. Il lui sera alors permis de songer à la probabilité de la mort du produit : et, s'intéressant aux causes de cette complication, il n'en obtiendra la profonde certitude que lorsque des examens aussi conscien-

cieux que répétés, n'auront plus fait percevoir à son oreille attentive, les signes de vie qu'il avait tout d'abord entendus.

Nous pensons avoir assez insisté sur ce grave diagnostic de la mort du fœtus dans l'utérus pour nous permettre de dire que les nombreux signes de présomption n'ont de valeur, qu'autant qu'on les trouve associés aux signes de certitude, dont le plus évident est la disparition des bruits du cœur fœtal. Grâce surtout à ce dernier, le diagnostic peut être sûrement établi, contrairement aux affirmations de Baudelocque, qui disait dans une discussion à l'Académie de médecine en 1835 « Je ne connais pas un seul signe de mort du fœtus, auquel on puisse se fier ». Ces paroles méritent d'être relevées, car avec les nouveaux moyens d'exploration, c'est le contraire qu'on peut affirmer aujourd'hui. Nous en appelons à la bonne foi de tous les accoucheurs, qui maintes et maintes fois, ont sûrement diagnostiqué la mort du fœtus pendant la grossesse.

Ce diagnostic pouvant être posé d'une façon exacte, pourquoi alors ne pas intervenir et ne pas débarrasser aussitôt la femme du corps étranger qu'elle porte dans son sein ?

L'instrumentation dont nous disposons nous permet de provoquer sans crainte un accouchement prématuré ; d'autre part, les intérêts de la mère et la possibilité des accidents auxquels elle peut succomber, nous commandent de le faire.

RÉTENTION

« Dès que le fœtus a cessé de vivre, dit Stolz, il ne forme plus dans la cavité utérine qu'un corps étranger dont la nature cherche à se débarrasser d'une manière ou d'une autre ; la grossesse proprement dite n'existe plus, la femme est accouchée ».

La grossesse dans ce cas est, en effet, physiologiquement terminée, mais humainement parlant, la femme reste dans le même état ; elle demeure grosse et sous le coup d'accidents possibles. C'est qu'à la mort du fœtus succède alors sa rétention dans l'utérus pendant un temps indéterminé.

Velpeau disait : « De même que les fruits qui se flétrissent avant d'être complètement développés, se séparent et tombent à la moindre secousse de la branche qui les supporte, de même l'embryon ou le fœtus dans les animaux doit se détacher et être bientôt expulsé de la matrice quand il a cessé de vivre ».

Bien souvent, en effet, l'expulsion ne tarde pas à suivre la mort du fœtus, mais elle se produit quelquefois au terme normal de la grossesse et dépasse aussi souvent les neuf mois habituels. C'est à ce dernier cas qu'on a injustement donné le nom de grossesse prolongée ; ce

n'est pas la grossesse mais plutôt la rétention du fœtus mort qui se trouve prolongée. Le temps pendant lequel le fœtus est retenu dans la cavité utérine, est donc très variable; il dépend surtout de l'époque plus ou moins avancée de la grossesse et de la cause qui a produit la mort. D'une façon générale, on peut dire qu'il est en rapport avec l'âge de la grossesse, c'est-à-dire qu'il est d'autant moins long que la gravidité est moins avancée. Dans les trois premiers mois, une cause occasionnelle comme une chute violente vient-elle à déterminer la mort violente du fœtus, son expulsion suit de près l'accident. A une époque plus avancée et sous l'influence de la même cause, elle arrivera huit ou neuf jours après l'accident. Si c'est au cours d'une maladie fébrile ou à la suite d'un vaste décollement du placenta que le fœtus est mort, l'expulsion ne peut tarder à se produire.

Si c'est au contraire au cours d'une maladie lente, chronique de l'œuf ou de la mère, le séjour du fœtus mort dans l'utérus est encore plus indéterminé. Tous ces termes n'ont d'ailleurs rien de fixe et la durée moyenne que Carl Ruge a voulu fixer à seize jours, ne comporte aucune précision scientifique. Cette moyenne ne tient compte ni de l'âge de la grossesse, ni de la cause de la mort, ni de la position de l'enfant dans le sein de la mère, ni de l'état de celle-ci pendant la rétention.

« J'ai vu, dit Cazeaux, une femme chez laquelle la mort du fœtus était bien constatée, qui n'accoucha que six semaines après. »

Velpeau a vu chez une femme enceinte de 7 mois, un fœtus n'être expulsé que le 28^e jour après celui où il

avait cessé de vivre. Mauriceau parle d'un enfant né 4 mois après sa mort.

Proust a vu un fœtus de 3 à 4 mois qui n'avait été rendu que 5 mois après sa mort. Pinard cite un cas de rétention de 95 jours. M^{me} Boivin en a vu un mort depuis 5 mois. Enfin on a noté des cas où les fœtus morts auraient séjourné plusieurs années dans le sein de leur mère, mais nous avons tout lieu de croire aujourd'hui qu'il s'agissait plutôt de grossesses extra-utérines.

Ces différences dans le terme de l'expulsion se rattachent à l'âge de la grossesse, mais trouvent aussi leur mode d'action dans la cause, sous l'influence de laquelle a succombé le fœtus. Lorsqu'en effet, une chute, une secousse, un accident quelconque éprouvé par la mère a fait périr subitement l'enfant qu'elle porte dans son sein, a décollé les membranes fœtales et rompu les vaisseaux de nouvelle formation qui unissent l'œuf à l'utérus, cet organe se débarrasse promptement et presque immédiatement de ce corps privé de vie. Si au contraire, la mort est le résultat d'un état pathologique, d'une maladie plus ou moins lente de l'œuf ou de la mère, les modifications imprimées à l'organisme par la gestation sont entravées ; l'utérus peut ainsi prendre ses dispositions pour cet événement, le placenta et les membranes peuvent continuer de vivre et de se développer pendant un temps plus ou moins long. Grâce à la persistance des connexions utéro-placentaires, grâce peut-être à une excitabilité minime, l'utérus acquiert une tolérance remarquable, jusqu'à un certain point analogue à celle qu'il offre pour un polype volumineux. Tant qu'une partie du placenta reste vivante,

la rétention du fœtus peut persister, et l'on remarque alors après l'expulsion, un fœtus plus petit et moins développé qu'il ne devrait l'être au terme où la grossesse était parvenue. Du moment que les causes de mort atteignent primitivement tantôt le fœtus tantôt au contraire le placenta, toutes les fois que le fœtus sera frappé le premier et que les altérations du placenta seront pour ainsi dire secondaires, la rétention sera plus longue que lorsque l'action lethifère aura porté primitivement sur le placenta ou la circulation utéro-placentaire.

Dans les grossesses doubles, l'un des deux fœtus venant à mourir, il peut se présenter trois cas :

1° le fœtus mort, agissant comme corps étranger irrite les parois utérines qui entrent en contraction et qui l'expulsent, tandis que le fœtus vivant reste dans l'utérus et s'y développe jusqu'à terme. « Rien n'est plus commun, dit Velpeau, que de voir dans le cas de grossesse composée, l'un des deux embryons ou des fœtus cesser de vivre et ne présenter lors de la naissance de son congénère que les caractères d'un fœtus de 2, 3, 4, 5 mois, quoique dans le fait, tous les deux en aient 9 ».

2° les deux fœtus séjournent dans l'utérus jusqu'à l'époque de l'accouchement.

3° il arrive quelquefois qu'après la sortie d'un fœtus né vivant à neuf mois, le placenta du fœtus mort contracte avec la matrice des adhérences qui y prolongent son séjour pendant un temps plus ou moins long. Cazeaux en rapporte une observation intéressante et dans laquelle on fut obligé d'extraire le cadavre deux ans après l'accouchement.

Dans le cas de rétention utérine plus ou moins prolongée, le fœtus peut subir certaines modifications qu'il est intéressant de connaître au point de vue du mode de terminaison de l'accouchement. Nous ne ferons que les indiquer brièvement, renvoyant à la thèse de Lempereur, l'étude approfondie et complète de toutes les altérations qui peuvent atteindre un fœtus mort et retenu dans la cavité utérine.

Si l'embryon meurt pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse, il se dissout « à peu près comme le cristallin se fond dans l'humeur aqueuse, après l'opération de la cataracte par abaissement ». Cette dissolution peut être complète ou inachevée au moment de l'expulsion, suivant qu'elle survient dans le deuxième ou troisième mois de la grossesse, ou au cours des premières semaines.

A partir du troisième mois, les tissus déjà résistants du fœtus, ne peuvent plus se dissoudre, mais ils subissent des altérations de condensation et de diminution qui font ressembler le fœtus à une momie. C'est le phénomène de momification dû à l'atrophie et à la dessiccation des tissus. L'aspect est encore plus frappant dans le cas de grossesse gémellaire par suite de la compression exercée par le fœtus vivant (*fœtus compressus*).

L'altération le plus fréquemment observée est la macération. Elle se produit du 5^e mois à la fin de la grossesse, et consiste dans l'infiltration lente des tissus qui prennent une coloration rougeâtre, dans la déformation des membres et des régions, et enfin dans les altérations particu-

lières de l'épiderme qui peut se couvrir de phlyctènes ou se détacher entièrement.

C'est aussi une altération lente, dont l'évolution reste liée à la durée de rétention fœtale. C'est à la suite d'une rétention un peu longue, que les phlyctènes de l'épiderme donnent issue à la sérosité sanguinolente qui donne au liquide cette coloration rosée, caractéristique de la mort du fœtus.

Une dernière altération atteint le fœtus encore retenu dans la matrice : c'est la Putréfaction qui, résultant de la rupture prématurée des membranes, et de la libre pénétration dans l'œuf de l'air atmosphérique se traduit par l'infiltration rapide des tissus par différents gaz. Elle se reconnaît facilement grâce à l'odeur spécialement dégagée par la décomposition des tissus, et peut, comme nous l'avons indiqué, servir de signe de certitude de la mort du fœtus. C'est l'altération la plus grave qui puisse subvenir dans les grossesses de ce genre, car, en même temps qu'elle constitue un cas sérieux de dystocie, elle peut occasionner à la mère des accidents quelquefois fort redoutables.

COMPLICATIONS

Nous avons vu que les anciens accoucheurs considéraient la mort du fœtus comme un accident sérieux, et le conseil qu'ils donnaient de terminer rapidement une grossesse de ce genre, résultait justement de la conviction qu'ils avaient de la gravité de cette complication. Mai et Fodéré ont parlé de l'indication de chercher à délivrer l'utérus de l'hôte incommode et dangereux qu'il contient. Astruc (1) disait aussi : « Quand la sage-femme s'est bien assurée de la mort du fœtus, elle doit se hâter d'en faire l'extraction et s'armer de courage et de patience ». Cette ligne de conduite, basée sur la fausse interprétation des phénomènes généraux dus, non pas à la mort du fœtus, mais à sa putréfaction dans la matrice, a été abandonnée depuis que l'erreur a été reconnue. Il est en effet admis aujourd'hui que chez une femme portant dans son sein un enfant mort et macéré, les accidents infectieux ne peuvent apparaître qu'après la rupture des membranes de l'œuf et l'introduction de l'air dans la matrice. Il est exact que dans la plupart des cas, la mort du fœtus survenant à un moment de la grossesse constitue la seule

1. Astruc. *De l'Art de l'accouchement*, 1768.

complication. Les membranes restant intactes jusqu'au moment du travail, l'accouchement se produit au temps normal de la grossesse et les suites de couches restent aussi bonnes que celles qui accompagnent habituellement l'accouchement d'un enfant vivant, survenant dans les mêmes conditions. Malheureusement ce pronostic est loin de présenter un caractère invariable, et si d'habitude, l'accouchement d'un enfant mort ne donne lieu à aucune complication, il est d'autres cas, où la mère voit sa propre existence compromise par les divers accidents qui peuvent la surprendre.

Au cours de sa grossesse, avant même tout début de travail, alors que les membranes de l'œuf sont toujours intactes, peuvent éclater des phénomènes de septicémie, dus probablement à l'infection du liquide amniotique.

D'autres dangers peuvent la menacer au moment de l'accouchement, ou apporter des difficultés au temps du travail qui devient parfois très laborieux. La putréfaction fatale est, d'autre part, une cause fréquente de mortalité pour la mère. Et enfin les hémorragies rétro-placentaires ainsi que les rétentions de membranes sont des accidents qui viennent assez souvent après la délivrance, compliquer la période des suites de couches. De sorte qu'un accouchement d'enfant mort, regardé habituellement comme sans gravité, peut cependant être quelquefois un danger de mort pour la mère qu'on laisserait livrée aux seules ressources de la nature.

Quelques observations recueillies dans les récents travaux publiés sur cette intéressante question nous serviront pour montrer les diverses complications auxquelles

est sujette la mère, soit à un moment quelconque de la période de gestation, soit au moment du travail ou de l'accouchement et même après la délivrance.

Accidents survenant à la suite d'une rétention fœtale prolongée.

OBSERVATION I

(Recueillie par M. le D^r Lepage et résumée dans la thèse de M. Marcopoulos 1893. 94).

Accouchement provoqué, pour phénomènes généraux graves, 12 mois 1/2 après le début de la grossesse.

Mme X... 33 ans, femme de chambre entre à la clinique le 27 avril 1893. Secondipare : premier accouchement spontané et à terme en 1881. D. R : du 5 au 10 mai 1892.

A perçu les mouvements actifs du fœtus le 15 septembre 1892 et ne sent plus remuer depuis le 25 février 1893. A eu le 26 février, une hémorrhagie, qui, apparue brusquement et sans douleur pendant la nuit, a cessé au bout de 20 minutes.

A l'examen obstétrical, on trouve l'utérus haut de 30 centimètres, incliné à gauche et présentant une tumeur dure, irrégulière et immobile. L'excavation est vide, il n'y a pas d'engagement et pas de présentation. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. Le 9 mai, la femme perd un liquide fortement coloré, d'abord roussâtre puis séro-sanguinolent ; l'écoulement se reproduit les jours suivants et le 17 mai, M. Pinard conclut à une grossesse uté-

rine avec fœtus mort et retenu dans la cavité utérine par une tumeur du segment inférieur située en arrière. En raison de la température observée chez la femme le 16 au soir ($38^{\circ}4$) et de l'ouverture de l'œuf, il se décide à intervenir. Après diverses tentatives faites au moyen de l'introduction dans l'utérus de ballons de Champetier de Ribes pour provoquer le travail, l'accouchement n'est rendu possible que le 18 mai à 6 h. 1/2 du soir. M. Pinard, après quelques incisions sur le col de l'utérus, extrait péniblement l'enfant et fait la délivrance artificielle suivie de lavages utérins et vaginaux. Le fœtus pèse 2440 grammes et présente des traces de macération. M. Pinard constate en même temps l'existence d'un fibrome siégeant dans une grande étendue du segment inférieur.

Pendant les 4 premiers jours qui ont suivi l'accouchement la température s'est maintenue au-dessus de 38° sans toutefois dépasser $38^{\circ}4$. A partir du cinquième jour, elle a oscillé entre 37° et $38^{\circ}2$ et n'est redevenue normale qu'à dater du onzième jour. Le 19 juin, la femme commence à se lever, mais elle ne quitte la clinique que le 1^{er} juillet 1893.

Cette observation est intéressante au point de vue pratique.

Il s'agit d'une grossesse qui a duré 12 mois 1/2, si l'on tient compte de la date d'apparition des dernières règles et de la perception par la mère des mouvements actifs. D'autre part d'après les renseignements donnés par la femme et ceux fournis par l'examen de fœtus, on peut admettre que le fœtus a succombé dans la cavité utérine à terme, c'est-à-dire vers le 7^e mois et qu'il a été retenu pendant plus de trois mois.

Ceci nous montre que si en général, les fœtus morts dans l'utérus ne dépassent pas comme rétention, le terme normal de la grossesse, il n'en est pas de même lorsqu'un obstacle mécanique vient s'opposer à leur sortie en déterminant ainsi une rétention prolongée.

De cette observation se rattache celle publiée par M. Hergot en 1889. Il s'agissait d'une femme chez laquelle on avait pratiqué la césarienne pour rétention prolongée d'un fœtus mort s'accompagnant de phénomènes de septicémie graves. La gestation était de 10 mois 1/2 et la rétention était due à un fibrome du segment inférieur.

Complications survenant au cours de la grossesse.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le Dr Max Chaleix Vivie dans la *Revue mensuelle de gynécologie et obstétrique de Bordeaux*, mars 1900).

Rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. Œuf intact. Accidents généraux graves. Evacuation manuelle de l'utérus. Guérison.

La dame X..., 24 ans, bonne santé habituelle ; pas de syphilis personnelle ou conjugale. D. R. au commencement de février 1899. Le 10 juin, sans qu'elle puisse rattacher ce fait à aucune cause, telle que chute, excès de fatigue, etc., elle eut dans la journée une perte de sang assez abondante, suivie, mais non précédée, de quelques contractions utérines douloureuses. Elle se mit au repos : la perte s'arrêta, mais les douleurs persistèrent tout en s'atténuant. Pas de montée de lait. Au bout de quelques jours, se produisit un écoule-

ment séro-sanguinolent de mauvaise odeur et les douleurs s'accroissent. Etat général mauvais : inappétence, insomnie, céphalalgie, courbature.

Le 2 juillet. — Grand frisson, suivi d'une sensation de chaleur. Le même frisson se renouvelle dans la nuit du 4 au 5. Le 5 juillet, T. 39°,5. P. 100. La malade se plaint de vives contractions utérines douloureuses. L'utérus monte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; il est douloureux à la pression dans toute son étendue. Ecoulement vaginal, fétide et brunâtre, peu abondant. Au toucher, le col ramolli, non entr'ouvert ne dénote aucun signe de travail. Urines normales : pas d'albumine. Jusqu'à ce moment, la malade n'avait pris que quelques injections d'eau boriquée non bouillie. Il est prescrit : des injections d'eau bouillie avec 25 centigrammes de sublimé par litre : 1 gramme de sulfate de quinine en 24 heures ; un lavement avec 30 gouttes de laudanum après évacuation complète de l'intestin.

6 juillet. — La nuit a été bonne, la malade se sent mieux, les contractions utérines douloureuses ont cessé. T. 37°,4. P. 90°. On donne 1 gramme de sulfate de quinine. Dans la soirée, nouveau frisson. T. 39°,6. P. 106. Les contractions utérines reprennent avec intensité. Le col n'est pas effacé, il est à peine entr'ouvert.

7 juillet. — T. m. 38°,8 ; T. s., 39°, 4. P. 120.

Respiration fréquente. La malade est très affaiblie, langue sèche, nausées, vomissements, céphalalgie, pas d'albumine.

Il est décidé de provoquer l'accouchement ; anesthésie chloroformique. Introduction, comme par un mouvement de vrille, de l'index droit dans le col ; le canal cervical est par-

couru dans son entier et l'orifice interne franchi. Introduction assez difficile du médius à côté de l'index. Pendant ces manœuvres, le corps de l'utérus est maintenu par la main gauche, solidement appliquée sur l'abdomen. Peu à peu, les deux autres doigts sont introduits dans le col, et il est procédé avec une pression de dedans au dehors, à une sorte de massage intra-cervical. Dès l'introduction du troisième doigt, la main tout entière a pénétré dans le vagin et prend un point d'appui sur la paroi postérieure de cet organe. Rupture artificielle de la poche des eaux ; il s'écoule un liquide épais, brun, très fétide. On attire une tête assez volumineuse et une traction sur le cou lui fait franchir l'orifice cervical. Issue facile du reste du corps. Le liquide qui suit l'extraction du fœtus est toujours d'une extrême fétidité.

Délivrance artificielle ; placenta volumineux, plat, de coloration noirâtre, très fétide. Cordon grêle au milieu duquel se trouve un nœud très serré.

Longue injection utérine et vaginale au permanganate de potasse à 0 gr. 50 p. 1000.

Très peu de sang s'est écoulé, avant, pendant et après la délivrance. un crayon d'iodoforme est laissé dans l'utérus ; léger tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Ces manœuvres ont duré en tout une demi-heure. Fœtus macéré, ventre volumineux ; la mort paraît remonter à une vingtaine de jours.

8 juillet. — La malade a dormi et n'a plus éprouvé de contractions utérines. Ablation de la gaze iodoformée. Injection utérine au permanganate de potasse. T. m. 38°. T. s. 39°6. P. 120. Sulfate de quinine : 1 gramme.

9 juillet. — Amélioration de l'état général. T. m. 38°6. T. s. 37°4. Injection intra-utérine.

10 juillet. — T. m. 37°2. Injection utérine. On constate de l'ictère de la face, surtout intense au niveau des sclérotiques. Régime lacté. Huile de Ricin : 30 grammes. T. s. 37°8. P. 80. Dans la soirée, une douleur brusque, intense, éclate dans l'hypochondre droit.

11 juillet. — La température est montée sans frissons à 39°6. P. 90. L'ictère est généralisé; la douleur, spontanée, au niveau de l'hypochondre droit, persiste avec une moindre acuité, mais elle est intense à la pression. Le foie est augmenté de volume: son bord inférieur dépasse de 6 centimètres les fausses côtes, au niveau d'une ligne tirée verticalement au point d'union de la 9^e côte avec le cartilage sternal. Vomissements alimentaires; aucune substance, même la glace, n'est tolérée. Urines: 800 grammes en 24 heures, de couleur jaune rougeâtre, contiennent de nombreux sels et pigments biliaires. Des lotions froides répétées, faites par tout le corps, amènent un grand bien être, tandis qu'une application très chaude sur l'hypochondre droit soulage quelque peu les douleurs. Injection sous-cutanée de Bromhydrate de quinine: 1 gramme. Le soir, t. 39°6.

12 juillet. — La douleur diminue. T. m. 38°6. T. s. 38°. Continuation des lotions froides. 1 gr. de Bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée. Tous les jours, lavement purgatif. Prurit intense par tout le corps, accentuation de l'ictère. Le foie a augmenté de volume; son bord inférieur dépasse de 8 centimètres les fausses côtes, mais il est un peu moins douloureux à la pression. Les vomissements ont diminué; il est gardé un peu de lait glacé,

13 juillet. — Même état. Plus de vomissements, mais prurit persistant. T. m. 38°4 ; T. s. 38°8. Urines, 950 grammes en 24 heures ; 7 gr. 1/2 d'urée par litre, 12 centigrammes d'albumine, nombreux pigments biliaires.

14 juillet. — Grande amélioration. Foie moins douloureux et moins volumineux. Prurit atténué.

T. m. 37°2 : T. s. 37°6.

15 juillet. — Dans la nuit a éclaté un violent frisson.

Reprise des douleurs au niveau de la région hépatique.

L'ictère s'est accentué surtout aux sclérotiques.

T. m. 39°8 ; T. s. 39°2. Le foie dépasse de 11 centimètres les fausses côtes. Urines 600 grammes en 24 heures. Diminution des principes biliaires, mais urobiline et hémoglobine en notable proportion. 60 centigrammes d'albumine par litre. Applications chaudes sur la région douloureuse. Aucun écart de régime n'explique ce renouvellement des accidents ; il n'existait pas de constipation, la vacuité du ventre étant toujours assurée au moyen de lavements et de purgations.

16 juillet. — Tous les accidents se sont amendés.

T. m. 38°2. T. s. 37°. Urines 1800 grammes.

17 juillet. — A partir de ce jour, la température ne s'élève pas au-dessus de 36° ou 36°5 et descend quelquefois le matin jusqu'à 35°7. La malade est très faible ; elle éprouve parfois des tendances à la syncope. Aucune modification du côté du cœur. Il lui est donné du glycéro-phosphate de soude en solution gazeuse : il est fait des frictions alcooliques et chaque jour il est pratiqué une injection hypodermique de 20 grammes de sérum de Chéron. Une notable amélioration se produit du côté du foie : toute douleur a disparu à son niveau. Le 18, il ne dépasse les fausses côtes que de 4 centimètres et le

23 il se trouve revenu à la normale. Dès le 21, les urines ne contiennent plus ni albumine, ni pigments biliaires. Le taux de l'urée demeure abaissé à 8 grammes par litre ; la quantité d'urine émise quotidiennement est de 1500 à 1600 grammes. Dès lors, un régime alimentaire plus substantiel est administré. Les forces s'accroissent de jour en jour et la guérison se fait d'une façon complète.

Cette observation est d'un très grand intérêt : se rapprochant de celle antérieurement publiée par M. Chaleix, elle tend à prouver que la putréfaction du fœtus peut s'observer même quand l'œuf est fermé. Elle montre aussi la gravité des accidents infectieux occasionnés chez la mère par la présence du cadavre fœtal et la localisation particulière de la septicémie puerpérale sur la région hépatique ; un fait également intéressant est celui de l'irritation rénale causée par l'élimination de principes toxiques se traduisant dès le début par la présence de pigments biliaires dans les urines, puis par l'apparition tardive et transitoire de l'albumine et enfin par la présence de l'urobiline et de l'hémoglobine.

OBSERVATION III

Résumé de l'observation publiée par M. Jeannin, interne des hôpitaux, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique* de Paris. Séance du 15 novembre 1900.

Infection *in utero*, au 4^e mois de la grossesse. Avortement méthodiquement rapide.

Femme B..., Agée de 27 ans. Secondipare : premier accouchement à terme d'enfant vivant. D. R. du 25 au 30 février

1900. A eu quelques légères pertes de sang pendant les deux premiers mois de sa grossesse. Le 3 juillet, fut frappée d'insolation à l'Exposition ; ramenée chez elle, en ambulance, sans connaissance, elle ressentit un long frisson suivi d'une forte fièvre. La nuit fut mauvaise, et le lendemain, la malade resta fébricitante toute la journée. Le surlendemain la fièvre persistait encore ; la femme B..., qui se plaignait de douleur de tête, commença à souffrir dans le ventre. Pendant la nuit et la matinée suivantes, les douleurs s'accrochèrent : ce qui engagea la patiente à entrer à l'hôpital dans l'après-midi du 23. Ce qui frappe à son arrivée, c'est son état général ; elle a l'aspect d'une typhique, les traits sont tirés, la langue sèche, le pouls extrêmement rapide, la respiration très accentuée, la température rectale est à 41°. Le palper peu douloureux montre un utérus, s'élevant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se contractant sous la main. Par le toucher, on sent le col en voie d'effacement et laissant passer deux doigts à frottement. Forte quantité d'albumine dans les urines.

En présence de l'état grave de la mère, on décide d'intervenir immédiatement. Après avoir chargé de liquide amniotique, une pipette stérilisée, on rompt les membranes qui laissent écouler un liquide vert noirâtre semblable à de la purée et horriblement fétide, on procède à la dilatation manuelle du col et le fœtus est alors extrait fragment par fragment : il se laisse déchiqueter avec une rare facilité, présentant des signes non douteux de macération.

Les membranes et le placenta sont ensuite décollés et extraits par morceaux. L'opération se termine par un curage digital suivi d'une longue injection au permanganate de po-

tasse et d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. L'utérus et le vagin sont ensuite tamponnés à la gaze iodoformée. Après le réveil, on fait une injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel. A 8 h. du soir, la température est tombée à 37°2. La nuit est bonne. Le lendemain T. 37; P. 86, la malade se sent beaucoup mieux; l'utérus est légèrement sensible à la palpation. Le soir T. 37°5, la patiente est détamponnée et on fait une injection intra-utérine. Lavement de 1000 grammes de sérum.

25 juillet. — La température du soir est de 37°2.

26 juillet. — La température remonte à 39° le soir.

La fièvre se reproduit les deux jours suivants et se rattache à l'existence d'un très fort érythème de la vulve, du périnée et du haut des cuisses, dû probablement à l'irritation causée par la glycérine créosotée.

La malade perdit un peu de sang pendant les 3 premiers jours, mais sans la moindre fétidité. L'état général resta excellent et les fonctions digestives furent toujours régulières.

Le 7 août, c'est-à-dire 14 jours après son entrée, la femme sort de l'hôpital en parfait état.

Examen bactériologique du liquide amniotique. — On examine le liquide recueilli dans la pipette.

a).— *Examen immédiat sur lamelle après coloration.* — Le microscope décèle au milieu de nombreuses cellules épithéliales, des bacilles de diverses espèces. Les cocci dominent; ils sont soit isolés, soit groupés en diplocoques, ou plus rarement en très courtes chaînettes de 3 à 4 articles. Il y a également des bâtonnets longs et fins, quelques autres

courts et trapus, un peu rentlés au centre, en beaucoup moindre quantité.

b). — *Ensemencement.* — L'examen des cultures faites sur bouillon et dans les tubes d'agar surface, montra quelques très rares coli bacilles, quelques chainettes de streptocoques, dont plusieurs fort longues, mais pas de staphylocoques.

L'examen des colonies sur agar profond en tubes d'anaérobies, les fit apparaître comme formées par un très fin cocco bacille, se mettant en toutes dispositions. Ce bacille, qu'on n'a pas retrouvé décrit, n'a pu être cultivé ; il s'agit probablement d'un anaérobie facultatif ; on n'a pas retrouvé dans ces cultures, les grands bâtonnets vus sur la première lame.

De cette observation si complète, nous retiendrons surtout deux points dignes d'intérêts. C'est d'abord la chute brusque de température (de 41° à 37°) survenant presque aussitôt après l'évacuation de l'utérus et qui montre d'une manière éclatante les bons effets d'un avortement rapide pratiqué dans ces conditions. C'est ensuite, grâce à l'examen bactériologique pratiqué par M. Jeannin, la confirmation scientifique de la possibilité d'infection du liquide amniotique dans un œuf à membranes intactes.

Nous trouvons dans la thèse de Lehmann les causes d'infection du liquide amniotique.

Cette infection peut se faire, avec membranes de l'œuf intactes, par la voie placentaire sanguine ; dans ce cas elle ne constitue qu'un fait secondaire, le fœtus étant le plus souvent infecté auparavant. Elle peut se faire en outre par voie ascendante, par les microbes venus du vagin :

streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles, après rupture prématurée des membranes. Elle peut succéder à une affection de voisinage, sans rupture des membranes, soit par effraction des microbes, soit par transport de ces derniers par des leucocytes.

La présence des éléments microbiens dans le liquide amniotique d'un œuf à membranes intactes avait été également constatée par M. le Dr Brindeau, accoucheur des Hôpitaux. Nous sommes heureux de pouvoir publier ici les deux observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION IV

T... S..., 28 ans, se présente à la Maternité le 10 juillet 1895, en travail. Elle est enceinte de six mois et ne sent plus remuer depuis 10 jours. Dilatation de 2 francs, poche des eaux en bissac qui repose sur le périnée, Le travail marche régulièrement et la femme accouche d'un œuf intact 2 heures après son arrivée. Température 37°2. On brûle la surface de l'œuf, on recueille du liquide amniotique avec une pipette. Ce liquideensemencé dans divers milieux reste stérile. Les organes du fœtus sont également stériles. Suites de couches normales.

OBSERVATION V.

M... T... 23 ans, entre à la Maternité le 5 janvier 1896. Elle est enceinte de 7 mois et n'a pas senti remuer depuis

5 à 6 jours. A l'examen, abdomen peu développé, utérus très mou. Palpation peu nette, on sent cependant une tête au fond de l'utérus. Auscultation négative. En recherchant la cause de la mort du fœtus, on retrouve des traces de syphilis (S. pigmentaire) ; 7 jours après son entrée, la femme se plaint de quelques douleurs.

La température est de 38° 5. L'œuf est intact.

Le travail marche rapidement et le fœtus est expulsé dans son œuf entier. On brûle la surface des membranes avec une stapule et l'on fait une prise de liquide amniotique.

Lesensemencements ont donné des cultures pures de coli-bacilles. Les organes du fœtus étaient stériles. Suites de couches normales.

Mises en parallèle, ces deux dernières observations nous montrent, que dans deux accouchements d'enfants morts survenus spontanément et à peu près dans les mêmes conditions, tandis que le premier fut indemne de toute complication, le second au contraire, s'accompagna de phénomènes généraux, dus très probablement à la présence de coli-bacilles dans le liquide amniotique.

Complications pouvant survenir pendant le travail et au moment de l'accouchement spontané. — Certaines femmes, parvenues sans encombre jusqu'au terme de leur grossesse éprouvent des accidents au moment du travail qui va précéder l'expulsion du corps étranger. Baudelocque avait remarqué que le travail dans l'accouchement d'un fœtus mort, était souvent bien plus long et plus pénible que dans un accouchement normal.

D'après lui, après la mort du produit de conception, la

disparition des mouvements actifs est une cause de ralentissement du travail ; de plus, l'utérus se trouve modifié dans sa structure et son fonctionnement, l'atonie des parois, le défaut de sa contractilité ou la faiblesse des contractions sont des causes de la lenteur du travail. Cette opinion est en partie fausse et s'il est vrai que souvent l'accouchement d'un enfant mort se fait plus lentement et plus difficilement que celui d'un enfant vivant, la véritable raison, d'après P. Dubois, en est dans le mauvais état de santé de la mère dont les forces ont été affaiblies par la maladie sous l'influence de laquelle a succombé le fœtus.

Dans d'autres cas, la femme arrive au terme de sa grossesse n'ayant présenté que peu ou pas d'accidents au cours de cette période.

Le travail commence, la rupture de la poche des eaux s'effectue spontanément ou bien résulte de l'intervention malencontreuse d'un praticien inexpérimenté ou d'une sage-femme ignorante. Pour une raison quelconque l'accouchement peut alors ne pas se terminer aussitôt : le travail se ralentit ou même cesse tout à fait et le fœtus non expulsé, ne tarde pas à subir le commencement de la décomposition putride. C'est le phénomène de la putréfaction fœtale qui, constituant un cas de dystocie pour l'accouchement, peut être aussi la cause d'accidents mortels pour la mère.

Les observations qui vont suivre nous montrent les terribles dangers qui résultent parfois d'une pareille complication.

OBSERVATION VI

(Depaul. Journal de Malgaigne, 1845, T. III).

Primipare âgée de 41 ans, en travail depuis 3 jours.

Rupture artificielle des membranes. 52 heures après, application de forceps sur la tête première qui fut extraite avec quelque difficulté. Impossibilité de l'accouchement pour les autres parties fœtales augmentées de volume. Etat de la femme, grave.

Pouls à 120, petit, filiforme, respiration fréquente, difficile. Extraction du fœtus après céphalotripsie ; dégagement d'une grande quantité de gaz, d'odeur infecte. Délivrance difficile. La malade succomba épuisée, 8 heures après la fin de l'accouchement.

OBSERVATION VII

(P. Dubois in Journal de médecine et chirurgie pratiques, T. XXVI, 2 série 1855).

Primipare âgée de 30 ans. Durée de travail : 5 jours.

Rupture naturelle des membranes après 4 jours.

Accouchement impossible par suite de l'augmentation de volume due à la putréfaction. Opération césarienne. Mort de la femme, le lendemain de l'opération à la suite d'épuisement des forces produit par une infection putride.

OBSERVATION VIII

(In thèse Lempereur).

Secondipare âgée de 32 ans ; arrive à la Clinique le 5 mars 1867, le travail ayant débuté dans la matinée du 3 mars et la rupture spontanée des membranes s'étant produite le soir du même jour.

Présentation de l'épaule droite avec procidence du bras. Fœtus mort avec décomposition putride avancée. Version pratiquée avec grande difficulté : extraction d'un fœtus emphysémateux et suivie d'un dégagement de nombreux gaz et liquides infects contenus dans l'utérus. Large rupture de l'utérus, mort de la patiente dans la matinée du 6 mars.

OBSERVATION IX

Amb. Guichard. *In* travail de gynécologie. Juin 1882.

Primipare, 34 ans, perd les eaux le 2 juin 1881 ; l'écoulement continue jusqu'au 9 et devient ichoreux, jaune fétide. Accouchement provoqué et extraction après embryotomie, d'un fœtus très putréfié. Après l'expulsion, issue d'une grande quantité de liquide purulent. Délivrance artificielle. La femme succombe 17 jours après l'embryotomie dans un véritable état typhoïde.

OBSERVATION X

In thèse Chatelain.

Multipare âgée de 29 ans. Grossesse à terme. Rupture artificielle des membranes le 21 mars 1883. Ecoulement du liquide amniotique. La femme entre en travail le 25 au soir; l'écoulement est fétide. Accouchement spontané de la tête, mais dégagement artificiel des épaules. Après la sortie du fœtus, issue d'un liquide noirâtre très fétide. Délivrance naturelle. Fœtus et placenta putréfiés. La malade succombe 6 jours après l'accouchement à la suite d'infection purulente généralisée.

Complications de la délivrance. — La délivrance dans l'accouchement d'un enfant mort est loin d'être toujours une délivrance blanche. Si dans la plupart des cas, le sang épanché, ne dépasse pas la quantité généralement émise au cours d'un accouchement normal, il en est d'autres cependant, où l'on peut observer des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Cette variabilité dans la production de l'hémorrhagie et dans la quantité émise, tient d'une part à la cause de mort du fœtus et d'autre part, à l'état du placenta au moment où se produit l'accouchement. Si, frappé primitivement par la maladie causale, le placenta, à la suite de ses altérations progressives, a peu à peu entraîné la mort du fœtus, l'expulsion du produit survenant à une période quelconque de la grossesse n'amènera que peu ou pas d'hémorrhagie. Si, au contraire, le fœtus

ayant été le premier touché par l'affection morbide, n'a pas, du fait de sa mort, entravé le développement de l'organe placentaire, l'accouchement survenant dans ces conditions pourra être facilement suivi de quelque hémorrhagie. La formule suivante nous semble résumer assez clairement les raisons que nous venons d'indiquer : Placenta mort = pas d'hémorrhagie. Placenta en partie mort et en partie vivant = légère hémorrhagie. Placenta vivant = perte de sang plus abondante.

Les causes fréquentes de ces hémorrhagies sont : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios aigu, le traumatisme et l'insertion vicieuse du placenta. La statistique établie dans la thèse de Royer (1) nous indique que dans 47 pour 100 des cas d'accouchements d'enfants morts, l'écoulement sanguin au moment de la délivrance a égalé ou dépassé la moyenne physiologique et que dans 14 pour 100, l'hémorrhagie a été assez abondante pour nécessiter la délivrance artificielle. Nous trouvons d'autre part rassemblés dans la thèse de Lehmann de nombreux exemples de ces pertes sanguines survenues après la délivrance. Nous nous contenterons d'en reproduire deux observations particulièrement intéressantes ; elles serviront à montrer, que, si parfois les troubles apportés par une hémorrhagie rétro-placentaire, se bornent simplement aux divers degrés de l'anémie qu'elle occasionne, ils peuvent, dans d'autres cas, entraîner de plus graves conséquences en provoquant la mort de la mère.

1. *Hémorrhagies de la délivrance en cas de fœtus morts et macérés*. T. P. 1896, 97.

OBSERVATION XI (Résumée).

L. G... 36 ans, 5 grossesses antérieures, deux premiers accouchements d'enfants vivants à terme, les 3 autres d'enfants morts. D. R. 4 au 9 juillet 1891. Grossesse de 7 mois environ. Albuminurie.

Entre à la clinique Baudelocque le 2 mars 1892 ; la femme se plaint de sensibilité extrême de tout le ventre, surtout accusée au moment du palper. Au toucher, le segment inférieur est dur, le col est dur et long. Le doigt introduit dans le col sent les membranes tendues. Pas d'hémorrhagie. La dilatation est complète le 4 mars. L'enfant se présente par l'épaule gauche en D. P. Embryotomie. Fœtus mort et macéré de 2300 grammes. Délivrance spontanée et après le placenta sont expulsés 550 grammes de caillots. Poids du placenta, 490 grammes. Légère dépression sur le bord du placenta à l'endroit où a eu lieu l'hémorrhagie : foyers hémorrhagiques nombreux, récents et anciens. Membranes incomplètes.

La femme légèrement anémiée quitte l'hôpital le 15 mars.

OBSERVATION XII (Résumée)

L. C... 40 ans, IV pare. Deux accouchements antérieurs d'enfants morts et macérés. D. R. 10 au 14 mai 1897. Entre à la clinique le 7 janvier 1898, à 2 h. 30 du soir pour hémorrhagie persistante depuis le matin.

A l'examen, grossesse de 7 mois $1/2$, enfant mort avec

hydramnios, utérus se contractant par intervalles de 10 minutes, début de travail, et enfin hémorrhagie. Rupture artificielle de la poche des eaux, 800 grammes de liquide teinté de sang. Dilatation manuelle. Extraction lente par abaissement d'un pied. Après la sortie du fœtus, issue d'un jet considérable de sang frais. Délivrance artificielle et expulsion d'environ 650 grammes de caillots. Déchirure du cul-de-sac latéral droit. Utérus contracté. A 5 h. 30, la femme est dans un très mauvais état ; pouls petit, incomptable 1500 grammes de sérum en injection sous-cutanée. Injections d'éther. La femme meurt à 6 h. 30¹/₂ soir.

Complications des suites de couches. — Lorsqu'un fœtus mort et macéré se trouve retenu dans la cavité utérine, le placenta et les membranes sont le siège de diverses modifications (1). Le chorion et la caduque s'épaississent et deviennent très friables, suivant un processus de dégénérescence granulo-graisseuse qui s'accroît en raison directe de la durée de la macération fœtale. La conséquence de ces altérations est la rétention fréquente des membranes dans l'utérus après la délivrance survenue naturellement. La rétention totale du délivre ne s'observe presque jamais, celle de l'amnios est aussi très rare. Le chorion peut quelquefois tarder à être expulsé, mais le fait presque habituel de la délivrance, dans les accouchements de fœtus morts, consiste dans la rétention soit totale, soit partielle de la caduque, dans la cavité utérine.

1. Valentin. *Délivrance en cas de fœtus mort et macéré*. Th. P. 1899.

« Notons, dit Budin (1) que dans un certain nombre de cas, l'œuf est expulsé sans la caduque qui demeure en totalité ou en partie dans la cavité utérine. Cette caduque est souvent tomenteuse, épaissie, grisâtre, et s'élimine spontanément soit en bloc, soit par grands lambeaux, dans les jours qui suivent la délivrance ». L'élimination de cette membrane se fait en effet habituellement toute seule dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ; mais sa rétention peut parfois donner lieu chez la mère à des accidents d'infection qui nécessitent alors une intervention immédiate. C'est ainsi que nous le montrent les observations que nous avons pu recueillir dans le service du D^r Maygrier à la Maternité de l'hôpital la Charité.

OBSERVATION XIV

Femme M..., 28 ans primipare ; D. R. = 27 mars 1900. Apparition des premières douleurs le 2 décembre ; les contractions s'arrêtent pendant 11 heures et l'accouchement ne se termine que le lendemain à 4 h. du soir, après 28 heures de travail. Délivrance naturelle quelques minutes après, avec rétention de caduque. Le fœtus pèse 2.400 grammes ; il présente des signes de macération permettant de faire remonter la mort à 8 jours. Liquide amniotique, brun noirâtre, non fétide. Le lendemain, expulsion d'un grand lambeau de caduque, le surlendemain issue de nouveaux lambeaux. Le 3^e jour, fétidité des lochies et température à 38°,5. On pratique alors

1. *Obstétrique et gynécologie*. Audin Paris. 1889

le curage digital suivi d'un écouvillonnage. Cette opération ramène de nombreux débris fétides. Suites de couches normales. La femme sort guérie.

OBSERVATION XV

Femme N..., 18 ans, primipare, enceinte de 6 mois, accouche le 7 avril 1900 d'un fœtus macéré, mort depuis un mois ? L'enfant pèse 380 gr. et le placenta 150 gr. La délivrance se fait naturellement, mais la caduque très épaissie reste dans l'utérus. Le second jour des couches. T. 39°, et lochies fétides. On pratique le curage digital et l'écouvillonnage. Le lendemain, pas de température, injection intra-utérine. Le 5^e jour, T. 38°,5, nouvelle injection intra-utérine.

A partir du 6^e jour, tout devient normal et le 14^e la femme sort guérie.

OBSERVATION XVI

Femme R..., 21 ans, primipare. D. R : mai 1899. Apparition des premières douleurs le 7 janvier 1900 : accouchement spontané le même jour, après 7 heures de travail, d'un fœtus macéré, mort depuis 8 jours. Délivrance spontanée, sauf la caduque qui reste dans l'utérus. Le 3^e jour des couches T. 38°,7 ; injection intra-utérine pour lochies fétides. Le lendemain. T. 39°,2 : écouvillonnage. Le 6^e jour, la température remonte à 39°,6 ; on fait une nouvelle injection intra-utérine. Les jours suivants, température normale. La femme sort guérie le 22 janvier.

OBSERVATION XVII

Femme S., 38 ans, cinquième grossesse, D. R. 25 avril 1899. Apparition des premières douleurs le 21 février 1900. Arrive à l'hôpital le même jour, après avoir expulsé en voiture un fœtus macéré et fétide, mort depuis un mois. Délivrée à son arrivée ; placenta dans le vagin, mais découronné ; rétention complète des membranes dans l'utérus. Le fœtus pèse 650 grammes et le placenta 230 grammes. Le même jour curage digital et écouvillonnage. T. 37°8. Le lendemain, T. 38° 2 ; injection intra-utérine. Suites normales. La femme part guérie le 4 mars.

OBSERVATION XVIII

Femme X., 30 ans, primipare. D. R. 28 décembre 1899. Grossesse de 7 mois 1/2 environ. Accouchement le 15 août 1900 après tentatives d'extraction. Fœtus macéré, mort depuis quinze jours, du poids de 1420 grammes. Après la sortie du fœtus, écoulement sanguin. Préhension manuelle du placenta. Délivrance incomplète : rétention du chorion et de la caduque. Poids du placenta : 530 grammes. Curage digital, écouvillonnage, extraction de débris membraneux.

Le 16 août. — T. 37°,8. Le lendemain T. 39°,4 ; lochies fétides. Injection intra-utérine. Le 18 août, T. 39°, nouvelle injection intra-utérine. Le 19 août, T. 38°,3. Expulsion d'un débris membraneux à la suite d'injection utérine. Les jours suivants, la température redevient normale ; la femme sort guérie.

Toutes ces observations se rattachent à des femmes qui ont présenté quelque temps après l'accouchement d'un enfant mort, des phénomènes d'infection puerpérale. Ces phénomènes se sont amendés grâce à l'intervention hâtive de l'accoucheur, qui, à l'aide du curage digital et de l'écouvillonnage, débarrassait l'utérus des débris de caduque ou autres membranes retenus dans sa cavité. Dans l'observation suivante que nous empruntons à la thèse de Rouault, les moyens employés pour faire disparaître les phénomènes généraux, n'aboutirent pas à d'aussi bons résultats. La malheureuse femme n'échappa pas aux dangers de la septicémie et succomba le 43^e jour des couches, après avoir éprouvé les diverses manifestations de l'infection puerpérale.

OBSERVATION XIX

(In. Thèse Rouault 1900)

Cas de septicémie mortelle à la suite d'accouchement d'enfant mort et macéré.

G., 27 ans, domestique, secondipare, 1^{re} grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant vivant

D. R. 15 au 20 octobre 1899. — Entre en travail à la maternité de la Charité le 25 avril 1900; Grossesse de 6 mois. La femme ne sent plus remuer depuis 11 jours. Au palper, sensations peu nettes, utérus mollasse. Au toucher, dilatation complète. Le doigt arrive sur le sommet dont la pression laisse percevoir une sensation spéciale de crépitation donnant l'impression d'un sac de noix. Rien à l'auscultation. Rupture spontanée des membranes et issue d'un liquide

amniotique brun chocolaté. Expulsion naturelle d'un fœtus macéré du poids de 690 grammes. Délivrance spontanée Placenta 240 grammes. Membranes incomplètes ; la caduque est retenue dans l'utérus. Injection intra-utérine. Temp: 37°.

26 avril 1^{er} jour des couches. — T. 38°, 2, injection au permanganate de potasse.

2^e jour. — T. S. 38° 5, nouvelle injection intra-utérine.

3^e jour. — Temps normale. On fait un curage digital et un écouvillonnage qui ramènent des débris de caduque non fétide. Lavage, drainage et injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum.

5^e jour. — T. M. 38° elle retombe le soir à 37° 3 après une injection intra-utérine, faite dans la journée.

7^e jour. — T. S. 39° 6. Lochies fétides. On fait la dilatation du col avec les bougies de Hégar, pour permettre les injections intra-utérines. Curettage. 8^e jour T. 39° monte à 40° 2 après un frisson ; le soir 38°.

Pendant deux jours, les accidents paraissent s'amender. La température varie entre 37 et 38°. Le pouls est bon ; les lochies persistent.

Le 12^e jour. — La température monte à 40° et même 41° après un frisson.

Le 13^e jour, 8 mai. — On pratique l'hystérectomie abdominale totale. 800 gr. de sérum après l'opération.

Temp. du soir : 38°. Piqure de morphine.

14^e jour. — T. 37°. Le pouls est bon. 500 gr. de sérum et boissons glacées ; le soir le thermomètre monte à 39° 8.

15^e jour. — 2 jours après l'opération, la température du matin est à 38° ; elle monte à 40° après un frisson survenu vers 2 heures et se trouve à 38° 3 le soir. Localement tout va

bien : le ventre est mou, non douloureux ; par le vagin sortent des débris noirâtres non fétides. Injections vaginales.

16^e jour. — T. m. : 38°4 ; celle du soir : 41°.

Jusqu'au 23^e jour, la température varie entre 38° et 40° et même 42° après de violents frissons; on injecte régulièrement du sérum tous les jours.

Le 23^e jour. — On retire les fils : la plaie est cicatrisée.

Jusqu'au 37^e jour, même état ; la température pendant ce temps entre 36°5, 37° et 40° et même 41°. Le 37^e jour, apparition d'une phlébite de la jambe gauche. L'état empire jusqu'au 43^e jour, la température est élevée, le pouls petit, fréquent.

Les frissons se répètent, la malade a des vomissements, une diarrhée extrêmement fétide et du délire. L'alimentation est rendue difficile.

Le 43^e jour. — La température du soir est à 40°3 ; elle s'abaisse le lendemain à 36°3 et saute de nouveau à 40°3. La malade succombe dans la journée.

A l'autopsie, pas de foyers. Il s'agissait donc d'infection généralisée de septicémie aigue.

CONDUITE A TENIR

Lorsqu'au cours d'une grossesse avec enfant mort et macéré, les membranes, prématurément rompues, laissant écouler le liquide amniotique et permettent l'entrée de l'air atmosphérique dans l'utérus, et, lorsqu'à ce moment, le travail non commencé ou interrompu pour une raison quelconque, permet de faire craindre un accouchement tardif, l'intervention immédiate de l'accoucheur est considérée comme de toute nécessité. La seule indication est de débarrasser au plus vite la femme de ce corps étranger, qui, grâce aux degrés progressifs de la putréfaction peut lui occasionner les terribles accidents de la septicémie. Les modes d'intervention diffèrent avec les accoucheurs et aussi avec le moment auquel on est appelé à la pratiquer. La dilatation du col soit manuelle, soit à l'aide de mèches, bougies, tiges de laminaire ou de ballons Tarnier, Champetier de Ribes, Boissard, sont des procédés plus ou moins rapides qui présentent, suivant les cas, des avantages indiscutés pour provoquer l'expulsion du fœtus.

La ligne de conduite diffère complètement, lorsque sur une femme enceinte, après le diagnostic nettement posé de la mort de l'enfant on ne constate chez elle aucun

trouble de la santé générale. Confiants dans l'issue habituellement heureuse de cette grossesse, les accoucheurs conseillent la simple expectative, laissant à la nature seule, le droit de continuer et d'achever son œuvre. Il est permis de nous demander cependant, d'après les conseils de notre maître M. Boissard, si l'idée d'une solution plus hâtive et plus rationnelle, ne pourrait pas, dans tous les cas où la mort du fœtus serait sûrement reconnue, autoriser la provocation méthodique d'un accouchement prématuré.

Que l'on songe d'une part aux nombreux exemples de rétention prolongée de fœtus mort, sans même que la retention s'accompagne de toute autre complication et l'on verra l'intérêt que comporte l'état de la femme enceinte dans ces conditions. Son état de gravidité quelquefois très avancée la rend incapable de ses travaux de ménage, ou ne lui permet en tout cas que de s'occuper en de faibles proportions de son intérieur. Renseignée sur la fin prématurée de l'enfant qu'elle porte, elle verra ses inquiétudes augmenter, dès que sera dépassée la date approximativement fixée pour l'accouchement ; nous estimons que son désir serait alors d'être débarrassée au plus vite de sa grossesse inutile. Vient-elle à être admise dans un service hospitalier, elle pourra y faire un séjour, que la seule probabilité d'une longue rétention fœtale ne permet pas toujours de déterminer à l'avance, immobilisant ainsi pendant longtemps, une place qui aurait peut-être été mieux occupée par une autre mère.

Dans la complète assurance d'une terminaison normale on laisse habituellement la femme conduire jusqu'au terme

de l'accouchement cette étrange grossesse ; mais à un moment donné, et sans cause nettement appréciable, peuvent éclater chez elle, les accidents redoutables de la septicémie puerpérale. Les récentes observations de MM. Chaleix Vivie, Dubrisay, Jeannin, nous ont montré que sur un œuf intact, l'infection du liquide amniotique peut se produire et déterminer des complications susceptibles de mettre en danger les jours de la mère. A ce moment, l'intervention s'impose, mais combien plus rationnel aurait été l'accouchement provoqué, qui, pratiqué antérieurement et dans de meilleures conditions, aurait empêché l'apparition des phénomènes généraux !

D'autres dangers guettent la femme qui, livrée à ses seules ressources, attend patiemment l'expulsion naturelle de son enfant mort. Sans insister sur les conséquences quelquefois fatales de la putréfaction du fœtus, nous savons que le travail et la délivrance peuvent être la cause d'accidents très graves. Les hémorrhagies de la délivrance ne sont pas rares après un accouchement d'enfant mort et macéré. La rétention des membranes et particulièrement de la caduque est un fait tellement habituel dans les accouchements de ce genre qu'il est aujourd'hui conseillé de faire suivre la délivrance d'un curage digital et d'un écouvillonnage, afin de prévenir les accidents que détermine l'infection des membranes retenues dans l'utérus.

Si repassant maintenant les raisons sociales se rapportant au sort de la femme enceinte et les raisons pathologiques d'autant plus importantes qu'elles nous permettent de sauvegarder l'existence de la mère, nous pensons

que l'accoucheur en présence d'une grossesse avec enfant mort pourrait être autorisé à en pratiquer l'expulsion prématurée. Nous n'avons pas la prétention d'exposer ici longuement les indications détaillées de cet accouchement provoqué ; nous en indiquerons les conditions essentielles, avec l'espoir que les nouvelles ressources de la clinique et de l'expérimentation permettront à nos maîtres de donner sur la question des notions plus précises.

Pour pouvoir pratiquer avant terme l'expulsion d'un fœtus mort, il faut qu'il ne subsiste dans l'esprit de l'accoucheur, aucun doute sur la certitude de la mort de l'enfant ; il faut en un mot que la mort ait été préalablement et sûrement diagnostiquée. Cette certitude pourra s'obtenir, nous l'avons vu, si l'examen porte sur une femme dont la grossesse est âgée de plus de 5 mois. Grâce aux divers phénomènes qui accompagnent généralement la mort du fœtus dans l'utérus et grâce surtout au signe de grande valeur qui consiste dans la cessation des bruits du cœur fœtal, l'accoucheur aura en mains les éléments d'un diagnostic sûr et sans conteste.

Quant au mode d'intervention, nous reproduirons celui que nous avons vu employer par M. Boissard. Il consiste dans l'introduction immédiate dans l'utérus d'un petit ou gros ballon Tarnier ou mieux d'un ballon Boissard.

Ce dernier formé de même tissu que celui de Tarnier, possède cependant l'avantage de pouvoir, une fois rempli, s'excaver à la partie supérieure, grâce à des tractions pratiquées sur une double ficelle qui s'attache au fond du ballon. Cette particularité est précieuse, car elle permet aux parties fœtales de mieux s'engager. Une fois le bal-

lon rempli et mis en place, les contractions utérines douloureuses, ne tardent pas à apparaître et le travail commence ; il s'active après 6, 8, 10 ou 12 heures et à la dilatation complète, le ballon s'échappe de l'utérus et tombe dans le vagin. On rompt les membranes, si leur ouverture spontanée n'a pas donné issue pendant le travail au liquide amniotique et l'accouchement se termine le plus souvent naturellement. La délivrance se fait généralement toute seule quelques instants après et l'opération se termine par un lavage intra utérin avec un liquide antiseptique. Les suites de couches restent bonnes.

Les quelques exemples que nous avons recueillis à la maternité de l'hôpital Tenon et dont nous sommes heureux de publier l'observation montrent les bons résultats que permet d'espérer l'accouchement provoqué dans de bonnes conditions.

OBSERVATION I (Personnelle).

Femme M..., 25 ans. 2 grossesses antérieures, terminées : la première par un avortement à 3 mois 1/2, la deuxième par un accouchement prématuré à 6 mois.

D. R. 21 août 1898. — Vient à la consultation le 4 mars 1899, parce qu'elle ne sent plus remuer depuis une huitaine de jours. L'examen fait constater une grossesse de 6 mois 1/2 et la non perception des bruits du cœur jointe aux divers troubles accusés par la mère permet de porter le diagnostic d'enfant mort. Introduction du ballon Boissard dans l'utérus le 5 mars à 11 heures du matin. Les contractions douloureuses apparaissent dans le courant de l'après-midi.

Rupture spontanée des membranes à 2 heures du soir ; le liquide qui s'écoule est légèrement fétide. 11 heures du soir se fait l'expulsion du ballon ; la dilatation est alors complète. L'enfant se présente par le siège et l'extraction faite facilement amène un fœtus macéré du poids de 1920 gr.

Derrière le fœtus s'écoule une grande quantité de liquide fétide. La délivrance se fait naturellement et on la fait suivre d'une grande injection intra-utérine (12 litres de solution sublimé au millième). La température du soir est à 39°6 ; elle tombe le lendemain à 37 et se maintient normale pendant les jours suivants. Les suites de couches sont bonnes et la femme bien rétablie, quitte l'hôpital 12 jours après.

OBSERVATION II (Personnelle).

R..., L..., 23 ans primipare. D. R. 16 juin 1898.

Entre à l'hôpital le 6 février 1899, se plaignant de douleurs répétées dans le bas-ventre. Le palper fait reconnaître un utérus développé comme dans une grossesse à terme et présentant à intervalles irréguliers des contractions douloureuses. Il y a de l'hydramnios et l'enfant se présente par le siège en S. I. D. A. Au toucher pas de phénomènes de travail, mais on trouve un rétrécissement du bassin dont la mensuration donne 9c.,6 comme diamètre promonto sous-pubien. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur et les mouvements actifs du fœtus. On pratique la version par manœuvres externes, mais la tête ne s'engage pas et reste élevée au-dessus du détroit supérieur.

Rien de particulier jusqu'au 16 mars. A partir de ce jour la femme ne sent plus remuer ; l'auscultation ne permet plus

de percevoir les bruits du cœur fœtal. L'examen répété les jours suivants, ne donne que des résultats négatifs sur l'existence de l'enfant. On porte le diagnostic d'enfant mort et l'on décide de provoquer l'accouchement.

Le 20 mars à 11 h. du matin, on pose le gros ballon Boissard; le travail commence aussitôt et la dilatation augmente progressivement jusqu'à 6 h. du soir; elle est complète à ce moment là.

Rupture artificielle des membranes et issue de 5 litres d'un liquide jaune verdâtre. M. Petit interne du service pratique la basiotripsie sur la tête première qui ne peut traverser le détroit supérieur. Le reste du fœtus est expulsé facilement et rapidement. Poids du fœtus: 2700 grammes.

La délivrance est naturelle et complète: le placenta pèse: 540 gr. Hémorrhagie assez abondante après la délivrance, Grande injection chaude intra-utérine et injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel.

Les suites de couches restent normales et la femme sort guérie de l'hôpital le 2 avril 1899.

OBSERVATION III (Personnelle).

H... M... primipare; ne peut préciser la date des premières règles (août ou septembre 1898). A senti remuer dans le courant du mois de janvier 1899, mais ne perçoit plus les mouvements depuis la fin février. Vient consulter à l'hôpital le 19 avril. A l'examen grossesse d'environ 6 mois 1/2 pas de phénomènes de travail, à l'auscultation pas de bruits du cœur fœtal, ni mouvements actifs. On fait le diagnostic de la mort du fœtus

Le 20 avril à 10 h. du matin introduction du ballon Boissard. Apparition des premières douleurs vers 2 heures. Le ballon est expulsé à 6 h. du soir, mais la dilatation n'est complète qu'à 8 heures. Accouchement en présentation du siège d'un fœtus mort et macéré pesant 490 grammes. Délivrance naturelle et complète. Poids du placenta 170 grammes. Injection intra-utérine.

Suites de couches normales ; la femme est partie le 3 mai.

OBSERVATION IV (personnelle).

E... R..., 31 ans. Quatrième grossesse. Dans les grossesses antérieures, un accouchement à 7 mois d'un enfant mort et deux accouchements à terme d'enfants vivants. D. R., 5 mai 1900. Vient consulter à l'hôpital le 22 novembre parce qu'elle ne sent plus remuer depuis une dizaine de jours. A l'examen, grossesse d'environ 6 mois 1/2. L'auscultation ne fait entendre ni bruits du cœur ni mouvements actifs fœtaux. On diagnostique enfant mort et on décide de provoquer l'accouchement. Pose du ballon Boissard le 23 novembre à 10 h. 1/2 du matin ; le travail débute aussitôt, et la dilatation se trouve complète à 3 h. 1/2 du soir. Rupture spontanée des membranes et écoulement d'un liquide noirâtre, fétide.

Terminaison de l'accouchement à 4 heures et expulsion d'un fœtus mort et macéré pesant 1650 grammes. Après le fœtus s'écoule une grande quantité de liquide chocolaté fétide. Délivrance complète et naturelle. Poids du placenta : 350 grammes. Grande injection intra-utérine.

Suites de couches bonnes ; la malade sort guérie 12 jours après.

OBSERVATION V (personnelle).

G..., ménagère, 41 ans, quatrième grossesse. 2 avortements antérieurs à 3 mois 1/2 et 4 mois. 1 accouchement à terme d'enfant vivant. D. R. 15 avril 1900. Entre à l'hôpital le 1^{er} décembre pour douleurs siégeant dans le bas ventre.

L'examen fait songer à une grossesse de 7 mois 1/2.

L'auscultation ne permet pas d'entendre les signes de la vie du fœtus : l'examen des urines décèle une notable quantité d'albumine. On fait le diagnostic d'enfant mort.

Pose du ballon Boissard à 7 h. 1/2 du soir le 1^{er} décembre; à 2 heures du matin, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes et issue d'un liquide verdâtre et légèrement étide.

Terminaison de l'expulsion du fœtus à 2 h. 1/2.

Poids : 1930 grammes. Délivrance naturelle et complète. Poids du placenta : 390 gr. Le placenta présente plusieurs nfarcus.

Suites de couches normales. Sortie de la malade de l'hôpital le 13 décembre.

OBSERVATION VI (Personnelle).

M... J..., 31 ans, journalière, cinq accouchements antérieurs de fœtus vivants et à terme.

D. R. — 25 juin 1899. — La malade devient enceinte très probablement au mois de mai ; les règles du mois de juin étaient très peu abondantes. La malade a senti remuer vers 4 mois 1/2.

Entre à l'hôpital au commencement du mois de février 1900 pour toux opiniâtre accompagnée de légères hémoptysies. Elle y reste 8 jours et en sort améliorée.

Le dimanche 18 février, la malade ne sent plus remuer son enfant et est prise de coliques utérines très fortes ; elle vient à la consultation de la maternité le 20 février.

A l'examen on trouve un utérus développé comme dans une grossesse à terme et présentant une tension exagérée et permanente. Extrémité céphalique en bas, dos à gauche. Par le palper et le toucher, on trouve la crépitation osseuse, (signe de Negri). Au palper, la sensation de crépitation est plus cartilagineuse qu'osseuse. L'auscultation ne fait percevoir ni les bruits du cœur, ni les mouvements actifs. On fait le diagnostic d'enfant mort. Au toucher, pas de phénomènes de travail.

Pas d'antécédents syphilitiques chez la mère. Le père aurait eu, il y a 3 mois, une éruption de boutons un peu rougeâtres ayant duré un mois.

Le 21 février à 11 h. du matin, pose du ballon Boissard ; aussitôt après, la femme ressent des contractions douloureuses. La dilatation du col est complète à 6 h. du soir. Expulsion du ballon. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète et issue du liquide amniotique verdâtre et fétide. La terminaison se fait à 6 h. 20 par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, du poids de 2.850 grammes. Délivrance à 6 h. 30. Poids du placenta : 400 gr. Cordon long. Membranes complètes. Injection intra-utérine au sublimé.

Suite de couches très bonnes. La femme quitte l'hôpital le 28 février.

OBSERVATION VII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Maygrier et recueillie
par Mlle Hiernard, sage-femme du service.

Femme X..., 38 ans, 15 grossesses antérieures ; 11 accouchements avant terme dont neuf avec enfants morts. A eu ses dernières règles du 28 au 31 juillet 1897. Cours normal de la grossesse jusqu'au 19 décembre. A partir de cette époque, la femme ne sent plus remuer son enfant et se plaint de coliques et de douleurs de reins survenant à des intervalles irréguliers. Le 8 février 1898, la femme perd de l'eau colorée en rose : le lendemain, nouvelle perte de même liquide, environ 600 grammes. Le 13 février, légère perte sanguine ; le 14, elle entre à l'hôpital de la Charité dans le service du Dr Porak. Le palper, pratiqué à plusieurs reprises, permet de constater, un utérus ramolli, ayant, par intervalles, quelques contractions qui permettent d'affirmer une grossesse. On sent des parties fœtales, dont la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, on arrive sur un col assez long, légèrement entr'ouvert : pas de ballottement vaginal. L'auscultation ne fait percevoir ni bruits du cœur, ni mouvements actifs du fœtus. On fait le diagnostic de la mort de l'enfant. Toute douleur ayant cessé pendant les jours suivants la femme est mise en observation.

M. Maygrier prend le service le 1^{er} mars ; l'examen de la malade ne lui fournit que des sensations confuses au point qu'il hésiterait à porter le diagnostic de grossesse, s'il ne s'en rapportait pas aux renseignements antérieurement recueillis. En présence de l'état stationnaire de cette gros-

sesse, et du pressant désir de la femme, qui, ne souffrant plus demandait à quitter l'hôpital, M. Maygrier décide de provoquer l'accouchement. Le 23 mars, après désinfection du vagin, introduction, dans le col complètement fermé, d'une tige de laminaire, et tamponnement à la gaze iodoformée. Le 24 mars, apparition de légères petites douleurs. On détamponne la femme et on s'aperçoit que la tige de laminaire a pénétré profondément dans l'utérus. Après des essais infructueux pour l'extraire avec des pinces à pansements, on fait avec les ciseaux deux incisions latérales au col de l'utérus. La tige est enfin retirée, mais le col est à peine modifié; on se décide alors à le dilater et la dilatation est faite lentement et péniblement avec toute la série des bougies de Hégar: on la complète avec le doigt et lorsqu'elle paraît suffisante, on rompt les membranes; il s'écoule un liquide épais, jaune sale et peu abondant. On procède alors à l'extraction manuelle d'un fœtus petit, sans forme et très macéré. On n'a pas pu déterminer la date exacte de la mort. Le placenta est extrait sans difficulté. On fait immédiatement un écouvillonnage à la glycérine créosotée, suivie d'un tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Suites de couches normales. La femme sort en bon état le 6 avril 1898.

Cette observation nous paraît très intéressante par ce qu'il s'agit tout d'abord d'un accouchement provoqué pour enfant mort avant tout phénomène de travail. D'autre part, si on tient compte des difficultés rencontrées par M. le docteur Maygrier, au cours de l'intervention, on pourrait se demander, si ces difficultés ne résultaient

pas de la longue rétention du fœtus mort ; on serait alors amené à croire que l'accouchement provoqué aurait des chances de facilité et de réussite d'autant plus grandes qu'il serait pratiqué à une époque plus rapprochée de la mort du fœtus.

CONCLUSIONS

1° Il existe des signes qui permettent de reconnaître la mort du fœtus, chez une femme enceinte de plus de cinq mois. Ils se traduisent par : le défaut de corrélation entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, l'état de ramollissement spécial de l'utérus, l'absence des mouvements actifs reconnus à l'aide du toucher, la crépitation osseuse, la *cessation* des mouvements actifs et bruits du cœur antérieurement perçus et enfin la putréfaction fœtale.

2° L'expulsion spontanée d'un enfant mort se fait habituellement quelques jours après le moment où le fœtus a cessé de vivre ; mais il est des cas où sa rétention dans l'utérus se prolonge et dépasse même le terme normal de la grossesse.

3° Cette rétention, qui généralement ne s'accompagne d'aucune complication, peut quelquefois être la cause de nombreux accidents. La rupture prématurée des membranes de l'œuf expose la femme aux dangers de la putréfaction fœtale, leur intégrité ne la garantit pas contre la possibilité de l'infection, ainsi qu'en font foiles observations récentes.

4° L'accouchement spontané d'un enfant mort peut-être

quelquefois très pénible par suite de ralentissement du travail. Les hémorrhagies de la délivrance et la rétention des membranes, en particulier de la caduque, viennent souvent compliquer la période des suites de couches.

5° En présence d'un diagnostic ferme de la mort du fœtus, et en considération de diverses raisons sociales et pathologiques, l'accoucheur, dans l'intérêt de la femme, pourra mettre un terme à cette grossesse physiologiquement terminée, en provoquant l'expulsion du produit de conception.

Vu par le Président de la thèse
BUDIN

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- isset. Des infections intra-utérines du fœtus. Bulletin médical du Nord, 26 juin 1896.
- Ambroise-Paré. — Œuvres complètes. Ed. Malgaigne.
- Astruc. — De l'art des accouchements, 1768.
- Aubé. — De l'accouchement prématuré, artificiel, Th. P. 1859.
- Aujay. — Causes de la mort du fœtus. Th. P. 1859.
- Bardenet. — Essai sur la mort du fœtus pendant la grossesse. Th. P. 1851.
- Baudelocque. — Traité de l'art obstétrical. P. 1796.
- Bley. — De la mort du fœtus avant le travail. Th. P. 1860.
- Boissard. — Du fœtus mort pendant la grossesse. In. Sem. méd. p. 1897 n° 43.
- Bonnet. — Putréfaction du fœtus. Th. P. 1878.
- Brion. — Etude critique sur 530 cas d'avortement. Th. P. 1892.
- Budin. — Leçons de clinique obstétricale de gynécologique P. 1881-1889.
- Cattin. — Signes de la mort du fœtus pendant la grossesse. Th. Strasbourg, 1836.
- Cazeaux. — Traité d'accouchements, 1862.

Champetier de Ribes. — Annales de Gynecologie. Paris, 1888.

Caleix-Vivie. — Bulletin de la société d'obstetrique de Bordeaux, mars 1900.

Charpentier. — Traite d'accouchements. 2 vol. 1890.

Châtelain. — Putrefaction intra-fœtale. Th. P. 1883.

Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam. Retention du fœtus T. I. 1882.

Daudé. — Sort des enfants morts dans la matrice. Montpellier, médical, 1881.

Dictionnaire Jaccoud. Art. fœtus. T. XV. 1872.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Jacquemier. Art. Avortement. T. VII.

Dieuraide. — Dangers de la putrefaction dans la mort du fœtus. Th. P. 1819 n° 212.

Frey. — De l'utérus du curetage dans la retention intra-uterine de débris placentaires et membranes. Th. P. 1896.

Hergott. — Retention du fœtus mort dans l'utérus. In Arch. de toxicologie, juin 1875 p. 372.

Hourlier. — Mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse. Th. P. 1880.

Jeannin. — Bulletin de la Société d'obstetrique de Paris, novembre 1900.

Lachapelle (Mme). — Pratique des accouchements P. 1825

Lambert. — Des grossesses compliquées de myomes utérins Th. P. 1870, n° 268.

ehman. — Hémorrhagies pètro-placentaires. Th. P. 1898.

Lehmann. — Infection des membranes et du liquide amniotique. Th. P. 1899.

Lempereur. — Altérations du fœtus après sa mort dans le sein de sa mère. Th. P. 1867.

Liebmann (Carl). — Beitrag zur Trage von der Retention abgestorbener Trüchte in der gebärmutter.
Beitrag zur geburtsh und gynec. Bd. III. Fasc. I, 1874.

Lombard. — Signes de la mort du fœtus pendant les 3 derniers mois de la grossesse et pendant le travail.
Th. P. 1851.

Marcapoulos. — Rétention du fœtus. Th. P. 1893-94.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. P. 1864.

Montalègre. — Essai sur l'Étiologie de la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Th. P. 1852.

Naegele. -- Traité Pratique des accouchements (Trad. Hubenas P. 1869).

Négri P. — La macerazione, del feto studiata in relazione all'andamento del puerpério.
In An. de Obstetricia gynecologia pediatria.
Milano. Vol. VI. Nov. Déc. 1884.

Ouimet. — Hémorrhagie dans le cas de placenta prævia.
Fœtus mort et macéré.
Union médicale du Canada n° 6. 1896.

Pacaud. — Conduite à tenir en cas de la mort du Fœtus.
Th. P. 1886, 87.

Pajot. -- Travaux d'obstétrique et de gynécologie. P. 1882.

Peu. — Pratique des accouchements, 1694.

Pinard. — Traité du Palper abdominal, 1889.

Pinard. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Fœtus. T. II, 4^e série, 1878.
Henriot 6

Pinard et Varnier. — Traitement des infections puerpérales.

Plouvier. — Phénomènes et signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de sa mère. Th. P. 1852.

Priestley. — Pathology of the intra utérine death. Brith. med. journal, 1887.

Ribemont Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rouault. — Interv. prophyl. précoce dans la rétention de membranes après l'accouchement à terme. Th. P. 1900.

Royer. — Fœtus morts et macérés; hémorrh. dans l'expulsion. Th. P. 1896-97,

Ruge (C.). — Ueb, den Fœtus sanguinolentus (In Zeitschr.-f. geb. u. gyn. Bd. I. p. 57, 1877).

Segrestan. — Principales causes de la mort du Fœtus. Th. P. 1857.

Sentex. — Altérations subies par le fœtus après sa mort dans la cavité utérine. Mém. 1868.

Smellie. — Traité de la Pratique et de la Théorie des accouchements. P. 1770.

Stoltz. — Nouv. Dict. de Méd. et de chir. Tome XVII, 1873.

Tarnier et Budin. — Traité d'acc. P. 1886.

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'Art des accouch. P. Tome I, 1882.

Valentin. — De la délivrance en cas de fœtus mort et macéré. Th. P. 1889.

Vedel. — Signes de la mort du Fœtus pendant la grossesse. Th. Strasbourg, 1865.

Velpeau. — Traité des accouchements, 1835.

Villard. — Rétention de la mort du Fœtus. Th. P. 1878.

Walich. — Leçons sur les avortements syphilitiques. Gaz.
heb. de med. et de chir. oct. 1893.

Wrisberh. — Dissertatio de signis fœtus vivi et mortui in
partu difficile rite interprétandis gættingue, 1870.

